

Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social

Lucía Artazcoz

Laburpena: Kapitulu honen helburua da lanaren eta osasunaren buruzko ikerketa bat egitea, generoa, klasea eta lan-egoerak konbinatuz. Lan-osasunaren mugak genero-ikuspegitik deskribatzen dira. Lan-osasunaren inguruan, lan-arriskuei eta osasunean dauden gizarte desberdintasunen ikerketa asko –gehienetan okupazioaren ingurukoak– egin dira.

Lan-osasunari buruzko ohiko ikerketak arreta gutxiago jarri dio emakumeen egoerari gizonezkoenari baino. Osasunean genero-desberdintasunei buruzko ikerketak ez du kontuan izan klase sozialaren garrantzia. Bestalde, ez dira aintzat hartu generoaren, klase sozialaren, lan-egoeraren eta familien rolen elkarreragin potentzialak, ez eta adierazlearen arabera aztertu diren osasun-egoerarekin lotutako faktoreen desberdintasunak ere.

Informazio-sistemek, osasun-politikek, osasun-programek eta ikerketek jarduketaren emua handitu behar dute lan-osasunean, kontutan hartuz arrisku ergonomikoak eta psikosozialak eta etxeko lanak ere. Gainera, aintzat hartu behar dira generoan eta klase sozialetan dauden desberdintasunak.

Resumen: El objetivo de este capítulo es proporcionar un marco de investigación de la relación entre el trabajo y la salud en un marco combinado de género, clase y situación laboral. Se describen las limitaciones que desde la perspectiva de género tiene la salud laboral clásica en el abordaje de los riesgos laborales y del marco de investigación de las desigualdades sociales en la salud basado frecuentemente en la ocupación.

La investigación clásica en salud laboral ha prestado menos atención a la situación de las mujeres que a la de los hombres. El análisis de las desigualdades de género en la salud no ha tenido en cuenta el papel de la clase social. Por otro lado, no se han considerado las interacciones potenciales entre el género, la clase social, la situación laboral y los roles familiares, así como las diferencias en los factores asociados al estado de salud según el indicador analizado.

En salud laboral los sistemas de información, las políticas y programas de salud y la investigación deben ampliar su ámbito de actuación a los riesgos de naturaleza ergonómica y psicosocial y al trabajo doméstico. Además debe tener en cuenta las desigualdades de género y de clase social.

1. Introducción

La investigación sobre el impacto del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas. Por un lado, la salud laboral clásica ha centrado su atención en

LUCÍA ARTAZCOZ, doctora en Medicina, es Directora del Institut de Serveis a la Comunitat de la Agència de Salut Pública de Barcelona. **E-MAIL:** lartazco@aspb.cat

los riesgos de seguridad e higiene y por otro, el trabajo manual propio de los hombres en el que estos riesgos están más presentes. Pese a que hace décadas que las mujeres han entrado en el mercado laboral de forma masiva, hay un insuficiente desarrollo de la salud laboral referida al sexo femenino (Messing y col, 2003). Afortunadamente 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 dos colectivos tradicionalmente olvidados, las mujeres y los trabajadores más cualificados.

De manera paralela, el interés de la salud pública por las desigualdades sociales en la salud adopta el trabajo como elemento central de marcos estructurales de análisis diferentes para hombres y mujeres, centrándose 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 en los determinantes sociales de la salud de las mujeres (Sorensen y Verbrugge, 1987). 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 (Hall, 1992; Hunt y Annandale, 1993). 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, la incorporación de la sensibilidad por la salud laboral de las mujeres se ha limitado tradicionalmente al abordaje de los trastornos ligados a la salud reproductiva relacionados con las diferencias biológicas más obvias entre ambos sexos, y en muchos casos tratando de proteger la salud del feto más que la de la propia trabajadora. Además esta sensibilidad se amplía al interés por el acoso sexual y, más recientemente, por el acoso psicológico. Pero la consideración de la relación entre los trabajos y la salud en las mujeres requiere ampliar este marco de análisis.

Los objetivos de este capítulo son examinar la influencia del trabajo sobre la salud desde un marco de salud laboral centrado en los riesgos del trabajo y describir la influencia de los trabajos en la salud desde una perspectiva estructural procedente del análisis de las desigualdades sociales en la salud. Para ambos objetivos, se discute las limitaciones de estos abordajes en la actualidad desde la perspectiva de género y se propone un marco de análisis integrado.

2. Los riesgos del trabajo para la salud

Los problemas de salud laboral que afectan al sexo femenino han recibido menos atención que los que afectan a hombres (Niedhammer y col, 2000). Por ejem-

plo, 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 (Messing, 1993). 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 (Messing y col, 2003). Por otro lado, aunque los empleos ocupados tradicionalmente por las mujeres implican con menor frecuencia mover cargas pesadas, ellas están más expuestas a lesiones por traumas repetidos derivados de riesgo ergonómico que a menudo pasan desapercibidos (Punnett y Bergqvist, 1999). Son necesarios más estudios sobre el impacto de los riesgos higiénicos y ergonómicos en las mujeres. La consecuencia práctica no debe consistir en poner diferentes límites de seguridad según el sexo, lo que puede conducir a discriminación, ya que se ha documentado que la variabilidad en la vulnerabilidad a estos riesgos entre individuos del mismo sexo es tan alta como la existente entre los dos sexos (Frankenhaeuser y col, 1991). Lo importante es que los estándares sean seguros para todos.

Mujeres y hombres difieren no sólo en su biología sino también en su situación laboral, tipo de ocupación, tareas y responsabilidades asignadas. El análisis de género requiere tener en cuenta todos estos factores, 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-. El análisis de género requiere también tener en cuenta que 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.

2.1. Segregación de género 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 (Messing y col, 1994; McDiarmid y col, 2000).

Además de las diferencias de género en los riesgos laborales clásicos derivadas en buena medida de la ocupación de puestos de trabajo diferentes, 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 (Paoli y Merllié, 2001). 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” (Colomer y Peiró, 2002), tanto las estructurales como las relacionadas con actitudes asociadas a la socialización de género, y de la discriminación en el mercado laboral (Krieger, 1999). 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 (International Labour Office, 2004).

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 (Paoli y Merllié, 2001). 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 (Consejo Económico y Social, 2000). 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 (Artazcoz y col, 2007).

2.2. Segregación de género 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 (Medina-Ramón y col, 2003). 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” (Rodríguez, 1998). Así, en España el 84% de las personas que cuidan mayores de 65 años son mujeres (Álvarez, 2005). 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 (García-Calvente, 2004). La investigación epidemiológica tiene aún muchas preguntas que responder en relación con el impacto del cuidado de las personas dependientes en la salud, como por ejemplo las diferencias de género en el impacto del cuidado de personas dependientes en el estado de salud, ya que la mayoría de los estudios en este ámbito han analizado muestras compuestas exclusivamente por mujeres.

3. 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 (Sorengen y Verbrugge, 1987). 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 documentan que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa (Nathanson, 1975; 1980; Verbrugge, 1983). Además se ha comprobado que este hecho no se debe simplemente a un “efecto de la trabajadora sana” (Passannante y Nathanson, 1985; Waldron y col, 1998; Arber, 1997). 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 (Sorensen y Verbrugge, 1987). Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Estas observaciones apoyan la hipótesis del “aumento de rol”, según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

Sin embargo, otros estudios apoyan las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Así, se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas (Waldron y col, 1998) o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial (Bartley y col, 1992; Walters y col, 1996; Bartley y col, 1999). 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 (Arber, 1991). 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.

3.1. 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, (Rohlfs y col, 1997) 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.

En un estudio realizado entre 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 (Artazcoz y col, 2004b). 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) (Artazcoz y col, 2003). 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.

El análisis del impacto de las exigencias familiares sobre el estado de salud de las mujeres debe considerar la interacción con la situación laboral. Así, se ha documentado que mientras entre las mujeres ocupadas, sobre todo entre las de clases más desfavorecidas, el riesgo de mal estado de salud medido con una variedad de indicadores, se incrementaba con las exigencias domésticas medidas a través del número de personas en el hogar, entre las amas de casa, no existía ninguna relación entre la carga de trabajo doméstico y el estado de salud. Estos resultados ilustran la importancia de considerar el análisis del impacto del trabajo en la salud en un marco de interacciones en el que intervienen el género, la clase y la situación laboral (Artazcoz y col, 2001a).

La relación entre la situación laboral y el estado de salud de las mujeres puede haber cambiado en los últimos años. Si hace una década la mayoría de los estudios documentaban un mejor estado de salud en las mujeres ocupadas, en la actualidad esto podría no ser así. 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 (Encuesta de Salud de la Comunidad de Valencia 2000-2001, elaboración propia) ni en la ciudad de Barcelona (Artazcoz y col, 2003). Posiblemente, en el mercado laboral actual, competitivo, inestable y globalizado, cada vez resulta más difícil para las mujeres la compaginación de vida laboral y familiar, lo que tendría repercusiones sobre su salud, aunque ésta es sólo una especulación que requiere más estudios para confirmarla.

3.2. *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 (Artazcoz y col, 2001a; 2001b), Euskadi (Artazcoz y col, 2002) y Navarra (Artazcoz y col, 2004a) 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 (Artazcoz y col, 2001a; 2002). 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 percibida 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 (Artazcoz y col, 2001a). 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 (Artazcoz y col, 2001b). 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.

3.3. *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 (Del Llano, 1991) mostraba la asociación del paro con el mal estado de salud, así como la existencia de dos factores que 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 género 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 (Artazcoz y col, en prensa).

Entre las posiciones extremas que representan en el mercado laboral el empleo con contrato fijo y el paro, existe un amplio abanico de situaciones de inestabilidad laboral con efectos potenciales sobre la salud. En los últimos años las políticas económicas y de trabajo han impulsado una creciente flexibilización del empleo con el fin de facilitar la adaptación a los constantes cambios de la producción en el contexto de un mercado globalizado. Mientras estas decisiones se toman en función de argumentos económicos, poco se sabe sobre el impacto que la incertidumbre sobre el empleo tiene sobre la salud y la vida de la población ocupada. La investigación sobre las consecuencias del empleo flexible en la salud es relativamente nueva y los resultados entre los diferentes estudios no son consistentes. En un estudio realizado en población ocupada de Cataluña, el impacto de la inestabilidad laboral sobre la salud mental se limitaba a las relaciones contractuales más precarias, el contrato de obra y servicio y el trabajo sin contrato, y a los colectivos más vulnerables, los trabajadores manuales y las trabajadoras, en estas últimas independientemente de su clase social. Es importante también analizar la relación con los roles familiares. Así, en ese estudio se mostraba que la flexibilidad laboral, también en los contratos temporales de duración determinada, suponía más limitaciones para decidir convivir en pareja o tener hijos para los hombres, dos indicadores que el estudio los relacionaba con la salud social, lo que se asociaría con la pervivencia de modelos sociales que consideran el hombre como sustentador principal del hogar (Artazcoz y col, 2005).

4. Problemas y retos

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 la salud. Un correcto abordaje de las diferencias de género en el impacto del trabajo sobre la salud requiere mejoras en los sistemas de información, en la investigación y en las estrategias de intervención.

4.1. Sistemas de información

Desde una perspectiva de género los sistemas de información en salud laboral tienen aún muchas limitaciones. Por un lado, porque se limitan prácticamente a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales ligados al trabajo remunerado cuando el impacto del trabajo sobre la salud va más allá. Además, aunque cada vez con más frecuencia los datos se desagregan por sexo, cuando se introduce una nueva

variable de desagregación, se olvida la variable sexo. Por otro lado, las encuestas de condiciones del trabajo deben cambiar profundamente, aunque esto signifique romper una seria histórica, ya que los cuestionarios están pensados en condiciones de trabajo de ocupaciones industriales tradicionalmente masculinas, lo que además de no ser útil para conocer las condiciones de trabajo de las mujeres, tampoco es suficiente para conocer las de los hombres. Además, considerando las profundas diferencias de los trabajos de mujeres y hombres, los informes de resultados deben desagregarse sistemáticamente por el sexo, cosa que no sucede ni en las encuestas europeas (Paoli y Merllié, 2001). Finalmente, el ámbito de estudio debe ampliarse a los riesgos de trabajo doméstico.

4.2. Investigación en salud laboral

La investigación en salud laboral y género es todavía muy insuficiente y debe superar las limitaciones actuales. Por un lado la salud laboral clásica debe prestar más atención a los riesgos de naturaleza ergonómica y psicosocial y al papel del sexo biológico y del género como determinantes de desigualdades. Es importante incrementar la investigación sobre las condiciones de trabajo de sectores muy feminizados como el comercio, la hostelería y la limpieza de hoteles, oficinas y otros establecimientos en los que se ha documentado una alta prevalencia de fatiga después del trabajo y en los que con frecuencia coexisten muchos factores de riesgo psicosocial (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006). Además, en España están entre las ocupaciones con mayor tasa de abandono del mercado laboral por parte de las mujeres (Consejo Económico y Social, 2000). Los riesgos relacionados con el trabajo doméstico deben comenzar a formar parte de la investigación en salud laboral. Finalmente, el análisis de las desigualdades en la salud debe integrar los marcos de género y de clase y la consideración del papel de la clase social. Desde un punto de vista metodológico, este abordaje es complejo y requiere en la mayoría de los casos el análisis de pequeñas piezas de la realidad para formar finalmente el puzzle que desvele la fotografía completa de la situación.

4.3. Estrategias de acción

Es importante que las políticas de 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.

Incorporar la perspectiva de género en las políticas de salud laboral no consiste únicamente en prestar atención a la conciliación de la vida laboral y familiar, la salud reproductiva o al acoso sexual. Significa ampliar el discurso a los riesgos ergonómicos

y psicosociales y prestar más atención a la salud laboral de las mujeres. Significa también considerar el trabajo doméstico, tanto como fuente de exposición a riesgos como en un marco estructural determinante de desigualdades.

Aunque las medidas de conciliación de vida laboral y familiar son las más extendidas como elementos de políticas con sensibilidad de género, no son suficientes. Por un lado, porque mantienen la visión tradicional de las mujeres como principal responsable del ámbito doméstico y las tareas de cuidado y pueden tener efectos negativos sobre su situación en el mercado laboral. Por otro, porque el ámbito en el que deben actuar fundamentalmente las empresas es el de los riesgos laborales y las políticas de conciliación con frecuencia desvían la atención de esos riesgos a los que las empresas han de prestar atención preferente.

5. Reflexión final

La salud laboral de las mujeres requiere una mayor atención. La incorporación de la perspectiva de género en la salud laboral no significa una mejora únicamente para las mujeres, sino para los dos sexos.

Uno de los obstáculos más importantes para incorporar la perspectiva de género en la salud laboral es una cultura preventiva rígida basada en el cumplimiento de la normativa, incluso para los aspectos más creativos como el análisis de los riesgos y el desarrollo de encuestas de condiciones del trabajo, y el cumplimiento de sanciones. Además, el hecho de que, a diferencia de otros problemas de salud, la mayoría de las competencias corresponden a los departamentos de trabajo, contribuye al poco interés y al desconocimiento existente en los departamentos de salud, así como al escaso desarrollo científico en comparación con otras áreas de la salud pública.

Finalmente, el hecho de que haya tan pocas mujeres en los puestos de responsabilidad entre los agentes sociales responsables en último término de las condiciones de trabajo, es un obstáculo mayor para introducir la sensibilidad de género en las políticas de salud laboral.

Bibliografía

- Álvarez, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles El entorno familiar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Arber, S. (1991). "Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status". *Social Science and Medicine* 32:425-436.
- Arber, S. (1997). "Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s". *Social Science and Medicine* 44:773-788.
- Artazcoz, L. Artieda, L. Borrell, C. Cortès, I. Benach, J. García, V. (2004a). "Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?" *The European Journal of Public Health* 14:43-48.

- Artazcoz, L. Benach, J. Borrell, C. Cortès, I. (2005). "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health". *Journal of Epidemiology and Community Health* 59:761-767.
- Artazcoz, L. Benach, J. Borrell, C. Cortès, I. (2004a) "Unemployment and mental health: Understanding the interaction between gender, family roles, and social class". *American Journal of Public Health*. 94:82-88.
- Artazcoz, L. Borrell, C. Benach, J. (2001a). "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal of Epidemiology and Community Health* 55:639-47.
- Artazcoz, L. Borrell, C. Benach, J. Cortès, I. Rohlfs, I. (2004b). "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position". *Social Science and Medicine* 59:263-74.
- Artazcoz, L. Borrell, C. Rohlfs, I. Beni, C. Moncada, A. Benach, J. (2001b) "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gaceta Sanitaria* 15:150-3.
- Artazcoz, L. Cortès, I. Borrell, C. Escribà-Agüir, V. Cascant, L. (2007). Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scandinavian Journal Work Environment Health*. 33: 344-350.
- Artazcoz, L. Cortès, I. Borrell, C. Pasarín, I. (2003). *Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Diferències i desigualtats de gènere en salut. La població de 25 a 64 anys*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Artazcoz, L. García-Calvente, MM. Esnaola, S. Borrell, C. Sánchez-Cruz, JJ. Ramos, JL. et al. (2002) "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en Cabasés, J.M. Villalbí, J.R. Aibar, C. (eds). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002*. Valencia: SESPAS.
- Bartley, M. Popay, J. Plewis, I. (1992). "Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health". *Sociology Of Health & Illness* 14:313-343.
- Bartley, M. Sacker, A. Firth, D. Fitzpatrick, R. (1999). "Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993". *Social Science and Medicine* 48:99-115.
- Colomer, C. Peiró, R. (2002). "¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas?" *Gaceta Sanitaria* 16:358-60.
- Consejo Económico y Social. (2000). *Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 22*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Del Llano, J. (1991). *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: Universidad Complutense.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2006). *Work environment statistics in Sweden*. [acceso 06 de abril de 2006]. Disponible en: www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/SE0401SR01/SE0401SR01.pdf
- Frankenhaeuser, M. Lundberg, U. Chesney, M. (1991). *Women, Work and Health. Stress and opportunities*. New York: Plenum Press.
- García-Calvente, MM. Mateo-Rodríguez, I. Maroto-Navarro, G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl. 2):83-92.

- Hall, EM. (1992). "Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women". *International Journal of Health Services* 22: 239-260.
- Hunt, K. Annandale, E. (1993). "Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific?". *Sociology Of Health & Illness* 15:632-664.
- International Labour Office (2004). *Breaking glass ceiling through the glass ceiling. Women in management*. Geneva: International Labour Office.
- Krieger, N. (1999). "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination". *International Journal of Health Services* 29:295-352.
- McDiarmid, M. Olivr, M. Roser, J. Gucer, P. (2000). "Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: Personal attributes or job tasks?". *Environmental Research* 83:23-32.
- Medina-Ramón, M. Zock, JP. Kogevinas, JP. Sunyer, J. Anto, JM. (2003). "Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study". *Thorax* 58:950-954.
- Messing, K. (1993). "Prostitutes and chimney sweeps both have problems: towards full integration of both sexes in the study of occupational health". *Social Science and Medicine* 36:47-55.
- Messing, K. Dumais, L. Courville, J. Seifert, AM. Boucher, M. (1994). "Evaluation of exposure data from men and women with the same job title". *Journal of Occupational Medicine* 36:913-917.
- Messing, K. Punnett, L. Bond, M. Alexanderson, K. Pyle, J. Zahm, S. Wegman, D. Stock, SR. de Grosbois, S. (2003). "Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research". *American Journal of Industrial Medicine* 43:618-629.
- Nathanson, CA. (1975). "Illness and the feminine role: a theoretical review". *Social Science and Medicine* 9:57-62.
- Nathanson, CA. (1980). "Social roles and health status among women: The significance of employment". *Social Science and Medicine* 14:463-471.
- Niedhammer, I. Saurel-Cubizolles, M.J. Piciotti, M. Bonenfant, S. (2000). "How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?". *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 57:329-337.
- Paoli, P. Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Passannante, MR. Nathanson, CA. (1985). "Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978". *Social Science and Medicine* 21:655-665.
- Punnett, L. Bergqvist, U. (1999). "Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands". *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 14:113-24.
- Rodríguez, P. (1998). "El problema de la dependencia en las personas mayores". *Documentación social* 112:33-63.
- Rohlf, I. De Andres, J. Artazcoz, L. Ribalta, M. Borrell, C. (1997). "Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres". *Medicina Clínica (Barcelona)* 108: 566-571.

- Sorensen, G. Verbrugge, LM. (1987). "Women, work, and health". *Annual Review of Public Health* 8:235-51.
- Verbrugge, LM. (1983). "Multiple roles and physical health of women and men". *Journal of Health and Social Behavior* 24:16-30.
- Waldron, I. Weiss, CC. Hughes, ME. (1998). "Interacting effects of multiple roles on women's health". *Journal of Health and Social Behavior* 39:216-236.
- Walters, V. Denton, R. French, S. Eyles, J. Mayr, J. Newbold, B. (1996). "Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses". *Social Science and Medicine* 43:1627-1636.