

X SEMINARIO DE LA RED-CAPS
ii10 años haciendo red!!
Barcelona, 14 de noviembre de 2008

LA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES: AVANCES Y ESTANCAMIENTOS¹

Neus Moreno

Médica especialista en salud laboral

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Comisiones Obreras

“para nosotras cambiar el horario significa que la empresa nos debe la vida, da igual como sea, como nos lo digan y como nos lo compensen ... nos machaca toda nuestra organización en casa” Trabajadora del textil

Con las líneas e ideas que siguen quiero compartir mis reflexiones y experiencias entorno al tema de cómo se construye la relación entre los trabajos y la salud, y en concreto en una de las desigualdades sociales más claras: las desigualdades de género.

No es casual el que haya empezado mi relato dando la palabra a una mujer. Es una trabajadora del textil que expresa uno de los problemas más importantes de nuestra sociedad: cómo se distribuyen los tiempos y qué control tenemos las personas sobre ellos. ¿Afecta igual a hombres y mujeres? Y, ¿qué tiene qué ver con el tema de condiciones de trabajo y salud? Y, las mujeres ¿qué pintan en todo esto?

Las primeras reflexiones las dirijo a analizar el título ya que en él se expresan una parte importante de la base de mis reflexiones:

- Mujeres en plural. Porque las mujeres somos diversas. En la construcción de la relación entre trabajos y salud, actualmente conocemos que el determinante más potente es la desigualdad social de clase. Existen otros determinantes también importantes: el género, el país de origen y la edad. Las desigualdades sociales

¹ Revisión y actualización del artículo “Mujer, Trabajos y Salud” publicado en Viento Sur. 2008

también afectan a las mujeres, y no todas nos situamos de igual manera en la relación condiciones de trabajo y salud. Eso sí, en cada una de las desigualdades sociales las mujeres tienen un plus.

- Trabajos en plural. Porque frente al concepto homogeneizador de que el único trabajo socialmente necesario, el trabajo asalariado, existe otro trabajo tan o más necesario que el anterior: el trabajo doméstico familiar (el trabajo que permite el bienestar físico y emocional de las personas). Y hombres y mujeres participamos diferente, sobre todo cuando nos referimos al trabajo doméstico familiar. En este último las mujeres estamos mucho más presentes.
- Salud en singular. Porque la salud es una y se construye a partir del condicionante fundamental del espacio social que ocupamos cada una de las personas. Las diferencias biológicas existen, pero en todo caso son eso: diferencias biológicas entre hombres y mujeres, nunca pueden expresarse en términos de desigualdad.

Segregación vertical y horizontal, y salud

En general podemos afirmar que existe un reconocimiento social, político y científico de que en nuestra sociedad existe una fuerte segregación horizontal (hombres y mujeres de las mismas categorías realizamos trabajos diferentes, con una fuerte expresión de diferente presencia sectorial) y segregación vertical (participación y presencia diferente de hombres y mujeres en las diferentes categorías profesionales). Este reconocimiento también existe en las políticas de prevención de riesgos laborales. La cultura predominante de la prevención reconoce que hombres y mujeres no realizamos los mismos trabajos y que ello conlleva exposiciones diferentes. De manera que los hombres están más expuestos a los riesgos relacionados con la seguridad (caídas, atrapamiento con maquinarias...) y las mujeres más expuestas a los riesgos relacionados con el diseño del puesto de trabajo y la organización del trabajo. Pero también lo podríamos decir de otra manera: los hombres están más expuestos a los riesgos socialmente más reconocidos, mientras que las mujeres lo están a los menos reconocidos. La práctica de prevención en las empresas se dirige prácticamente a los riesgos de seguridad, y en general podemos afirmar que la calidad no es buena. Esta situación provoca una prevención deficiente en los trabajos típicamente masculinos, y una importante ausencia de prevención en los trabajos típicamente femeninos.

Esta diferenciación en cuanto al mayor reconocimiento de los riesgos masculinos está muy relacionada con la capacidad del sistema de seguridad social español para

detectar los daños relacionados con el trabajo: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Es un sistema con muchos años de evolución y bastante consolidado en la detección y reconocimiento de accidentes (causados fundamentalmente por los riesgos de seguridad), y totalmente deficitario en el reconocimiento de las enfermedades (causadas fundamentalmente por los riesgos químicos, de ergonomía y psicosociales). Y, esta diferencia es importante ya que todo lo que no detecta y no se visualiza no existe. En la tabla 1 se muestran los datos de las patologías laborales declaradas en Catalunya en el 2004 (G. Benavides, Fernando.2006). En ella se observa una sobrepresencia de los hombres en relación con los accidentes (lo socialmente reconocido), una presencia más equilibrada entre sexos en relación con las enfermedades profesionales (lo socialmente poco reconocido) y sobrepresencia de las mujeres en las enfermedades centinelas² (las totalmente invisibles)

Tabla 1. Patología laboral declarada en catalunya en 2004

Lesión	Mujeres	Hombres
Accidentes de trabajo mortales en jornada de trabajo	11	138
Accidentes de trabajo no mortales en jornada de trabajo	36.076	121.396
Enfermedades profesionales con baja	2.850	3.730
Enfermedades centinelas declaradas por las USL	923	849

Una primera conclusión de la mirada de género en la relación entre condiciones de trabajo y salud es que a pesar del reconocimiento de que existen exposiciones laborales a riesgos laborales diferentes entre hombres y mujeres, y consecuentemente daños a la salud diferentes, ni el sistema público, ni las prácticas de prevención en las empresas actúan sobre el conjunto de las realidades. Son políticas y prácticas predominantes que parten de una falsa homogeneidad de la población trabajadora, y que en el tema que estamos tratando invisibilizan las condiciones de trabajo y de salud de las mujeres.

² Las enfermedades centinelas son las enfermedades laborales detectadas por las Unidades de Salud Laboral (del sistema público de salud catalán), pero que en la mayoría de casos no son reconocidas como daños relacionados con el trabajo. La mayoría de estas enfermedades son lesiones musculoesqueléticas y alteraciones de la salud mental.

Las desigualdades sociales de género también se expresan en el trabajo y afectan a la salud

Es importante hacer un salto más allá de la descripción de la segregación de las mujeres en el mercado de trabajo y su relación con la salud, y ahí nos tenemos que adentrar en el fabuloso mundo de las desigualdades sociales y su expresión en los trabajos.

Normalmente afirmamos sin ningún tipo de matiz que uno de las manifestaciones más claras de los avances sociales de los últimos años es la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo. Pero atención que esta incorporación se ha realizado con bastantes contradicciones. La primera es que la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado se ha producido sin prácticamente ninguna modificación de cómo éste se realiza, es decir, prácticamente no ha cambiado el modelo masculino de trabajo. Y aún se ha modificado menos cómo y quien realiza el trabajo doméstico-familiar, éste prácticamente relegado a las mujeres. La segunda es que persiste el modelo social que divide el espacio de lo público (el trabajo asalariado) y el espacio de lo privado (lo domestico-familiar). Y esta diferenciación explica que hombres y mujeres permanezcamos y salgamos de forma diferente del mercado de trabajo.

A partir de este análisis y partiendo de las condiciones de trabajo de las mujeres podemos identificar la existencia de riesgos para la salud que afectan de una manera más intensa a las mujeres. Me refiero al acoso sexual, a la doble presencia y a las condiciones de desigualdad. Todos ellos riesgos invisibles en las condiciones de trabajo y más en sus repercusiones sobre la salud.

El acoso sexual mina la salud de las mujeres que lo padecen

Recientemente la llamada "ley de igualdad" define el acoso sexual como "*cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo*". Pero más allá de las definiciones legales el acoso sexual en el trabajo es una manifestación de la desigualdad social de hombres y mujeres, expresada a través del poder masculino y de la concepción patriarcal de que el cuerpo de las mujeres no les pertenece a ellas.

Según recogen varias publicaciones (CCOO. 2007) algunos estudios realizados en diversos países europeos han puesto de manifiesto la clara relación existente entre el riesgo de sufrir acoso sexual y la vulnerabilidad percibida de la persona objeto del mismo, siendo las divorciadas o separadas, las jóvenes, las que se incorporan por

primera vez al mercado de trabajo, las que tienen contratos laborales precarios o irregulares, las que desempeñan trabajos no tradicionales, las mujeres con discapacidad física, las lesbianas y las pertenecientes a minorías raciales las que mayor riesgo corren de sufrir este tipo de acoso.

No disponemos de estudios fiables que nos demuestren su dimensión. En uno de los últimos estudios cuantitativos difundido por el Instituto de la Mujer (Inmark, 2006) se estima que en el Estado español las situaciones de acoso percibido por la mujeres en alguna ocasión es de 790.000 trabajadoras que sufren acoso leve (presión verbal), 300.000 acoso grave (presión psicológica) y 180.000 acoso muy grave (presión física). El mismo estudio estima la dimensión de lo que denominan acoso técnico (las situaciones de acoso no percibido por las mujeres que los sufren), y las cifras son aún mayores: 1.240.000 mujeres han sufrido acoso leve, 340.000 grave y 185.000 muy grave. En todo caso estamos ante un tema real y presente en el mundo de las relaciones laborales y para las mujeres.

Existen pocos estudios sobre los efectos del acoso sexual sobre las mujeres que los padecen, pero la bibliografía coincide en dos muy claros. Uno de ellos son los efectos sobre la salud y el otro sobre el derecho al trabajo. Las mujeres que viven situaciones de acoso mantenidas ven afectada su salud psicológica; padecen reacciones relacionadas con el estrés como los traumas emocionales, la ansiedad, la depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de desesperación y de indefensión, de impotencia, de cólera, de aversión, de asco, de violación, de baja autoestima,... (Pérez, Jesús. 1999). Y, señalaba que otras de las consecuencias de las situaciones de acoso son las repercusiones sobre el derecho al trabajo. Según el estudio mencionado anteriormente (Inmark, 2006) el 50% de las mujeres que sufren acoso la única estrategia que encuentran para hacer frente a la situación es evitar al acosador y acaban abandonando el puesto de trabajo. Y, afirma que extrapolando los datos a la situación actual, 40.000 mujeres se verán obligadas a cambiar de puesto de trabajo.

La doble presencia: una realidad cotidiana de las mujeres

Definimos como doble presencia la situación provocada cuando sobre la misma persona recae la necesidad de responder a las demandas del trabajo doméstico-familiar y las demandas del trabajo asalariado. A partir de la definición señalada anteriormente se percibe rápidamente que la doble presencia tiene dos dimensiones claras. La primera de ellas, está relacionada con el volumen de trabajo o las demandas que se deben responder, y que normalmente se traduce en un mayor

volumen de tiempo de trabajos. La segunda, se relaciona a cuando las demandas de los dos espacios aparecen de manera sincrónica en el tiempo, y las dificultades para darles respuestas. Esta realidad afecta sobre todo a las mujeres.

Una de las realidades que explican la doble presencia es sin duda el hecho de que las mujeres organizan y realizan una parte importante del trabajo doméstico familiar. Según los datos publicados de la encuesta de Catalunya de 2003 de uso del tiempo (Carrasco, Cristina. 2005), se pone en evidencia que las mujeres a partir del grupo de edad de 30-34 años aumentan considerablemente el tiempo diario dedicado al trabajo doméstico-familiar (se mantiene entre 5 y 6 horas diarias como media), y se duplica o triplica en relación al trabajo realizado por los hombres. Por el contrario la participación de los hombres en el trabajo domestico-familiar es baja y prácticamente inalterable a lo largo de la vida (se mantiene aproximadamente en 2 horas diaria de media), en definitiva todo parece indicar que en el caso de los hombres no les afecta para nada la evolución del núcleo familiar.

Se podría pensar que ello es debido al tema de cómo están situadas las mujeres en relación al trabajo asalariado. Pero el mismo estudio citado (Carraco, Cristina. 2005) señala que en los núcleos con dos conyugues siempre es la mujer la que dedica más tiempo al trabajo domestico-familiar, incluso en aquellas situaciones en las que sólo realiza trabajo asalariado la mujer, o en aquellas en que la mujer tiene unos ingresos superiores a los del hombre.

La doble presencia también tiene que ver en cómo realizamos el trabajo asalariado. Y merece una mención especial la prolongación de jornada y el control sobre los tiempos de trabajo. En relación a la prolongación de jornada los resultados de la primera encuesta de condiciones de trabajo y salud de Catalunya (Dep. de Treball, 2006) manifiesta que el 23,6% de la población trabajadora masculina prolonga su jornada laboral diariamente o más de un día a la semana; en el caso de la población femenina es del 14,3%. En el caso de los hombres la compensación más frecuente es la económica (casi el 63%), mientras que el caso de las mujeres la frecuencia mayoritaria se reparte entre la compensación económica (35,7%), el tiempo de descanso (15,4%) y no recibiendo ningún tipo de compensación (32,5%). Por otro lado un reciente estudio (ISTAS, 2007) manifiesta que uno de los problemas más importantes de la organización del trabajo es el tema del control sobre los tiempos de trabajo. El bajo control sobre los tiempos de trabajo afecta a hombres y mujeres, pero las mujeres presentan una exposición mayor (39,6% en las mujeres y 32% en el caso de los hombres). Según el mismo estudio la doble presencia también se expresa según la

ocupación de la mujer, es decir se expresa según clase social, y se explica por la posibilidad de la ayuda domestico-familiar pagada.

La dimensión de doble presencia tiene efectos sobre la salud. Se asocia significativamente con cuatro dimensiones de efecto para las mujeres (salud mental, vitalidad, síntomas cognitivos y conductuales de estrés) y con una para los hombres (síntomas cognitivos de estrés) (ISTAS. 2004)

Las desigualdades sociales en el trabajo y sus efectos sobre la salud

Actualmente no existen muchos estudios sobre el impacto de las desigualdades sociales, y menos aún de la dimensión de género, sobre la salud. Plantear este tema, en relación a lo expuesto hasta ahora, supone un salto más. Es valorar además de lo qué hacemos, cómo lo hacemos.

En un estudio presentado recientemente (ISTAS, 2007) de las 21 dimensiones de la organización del trabajo que afectan a la salud, las mujeres están más expuestas a 11 de ellas: bajo control sobre los tiempos de trabajo, bajas posibilidades de desarrollo, bajo sentido del trabajo, baja integración en la empresa, baja claridad de rol, baja previsibilidad en el trabajo, bajo apoyo social, bajo refuerzo, bajo sentimiento de grupo y baja calidad de liderazgo. Y, las diferencias son mucho más importantes en el caso de la doble presencia, en la que observamos que el 26,3% de las mujeres están expuestas a la exposición más desfavorable para la salud, frente al 5% de los hombres.

¿Por dónde podemos avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo y salud de las mujeres?

Está claro que una parte evidente de las actuaciones deben ser las estrategias para mejorar la calidad del empleo para hombres y mujeres, pero si queremos incidir de forma directa en los trabajos y salud de las mujeres uno de los temas centrales es abordar la cuestión de la doble presencia y la organización del trabajo.

Es necesario replantearnos la sociedad poniendo en el centro las personas, y las relaciones mutuas de cuidado y dependencia, frente al modelo actual que pone en el centro la economía. Actualmente el trabajo asalariado organiza el conjunto de las relaciones sociales, las posibilidades de organización de los tiempos sociales y es el único trabajo socialmente reconocido. Es necesario cambiar de paradigma social. Es necesario avanzar en el reconocimiento y valoración social de que trabajo doméstico-familiar, el cuidado de las personas, es central en nuestra sociedad, y en todo caso

igual o más importante que el trabajo mercantil. En todo caso ambos deben convivir, y no a costa de la salud de las mujeres.

Repensar la sociedad exige, en primer lugar, que las mujeres tomen la palabra. La experiencia en el campo de la defensa de la salud en el trabajo nos ha enseñado que frente a las situaciones invisibles, la primera estrategia fundamental es compartir la experiencia fragmentada acerca de las condiciones de trabajo, de manera que se pueda realizar una triple transformación: hacer visible lo invisible; convertir lo individual en colectivo; y, transformar la percepción en acción. Cuando las condiciones de trabajo de salud y de vida de las mujeres quedan ocultas no es posible transformarlas.

La complejidad del origen de la doble presencia exige que las estrategias deban ser múltiples y abordar diferentes espacios de intervención, que fundamentalmente deberían contemplar la transformación de los tiempos y los derechos en el trabajo asalariado, la ampliación de los servicios sociales y orientarse hacia que el conjunto de personas, hombres y mujeres, participemos en el trabajo doméstico y de atención a las personas.

Actualmente el debate social sobre el tiempo de trabajo asalariado y la llamada “conciliación de la vida familiar y laboral” está adquiriendo una fuerza importante, pero se aborda desde un punto de vista totalmente parcial: el volumen de horas trabajadas. Este debate y, consecuentemente, las medidas de intervención deberían abordar dos nuevas dimensiones concretas. La primera de ellas es la interrelación entre la distribución de los tiempos del trabajo asalariado, las necesidades de atención a las personas y el funcionamiento de las ciudades y sus servicios. Actualmente estos tres ámbitos (trabajo asalariado, atención a las personas y funcionamiento de los servicios) funcionan de manera totalmente autónoma e ignorando que detrás de cada uno de estos tres espacios sociales estamos las mismas personas, a la vez que existen diferencias notables en cómo nos situamos dependiendo del género, clase social y etnia. La segunda consideración es que actualmente el debate está centrado en las necesidades económicas y de producción, ya sea de bienes o servicios, es decir en el trabajo asalariado, mientras que la atención a las personas queda totalmente oculta, y, consecuentemente infravalorada. Como se ha comentado antes la centralidad debería situarse en la atención a las personas.

Las políticas sociales deben abordar con decisión y contundencia las necesidades de la población. El conjunto de las personas por circunstancias del ciclo vital y por características sociales y biológicas necesitamos atención y una sociedad democrática, justa y solidaria debe tener la capacidad de dar valor universal a la

calidad de vida y la salud. La defensa de servicios públicos, universales y de calidad para la atención de las personas debe ser una prioridad y, desafortunadamente, nada más lejos de esta realidad.

Es necesario dar valor social al cuidado de las personas supondría un impulso en el camino para conseguir una sociedad en la que conjunto de personas, mujeres y hombres, compartamos el trabajo y la experiencia de lo que significa construir una sociedad en la que la vida y las personas seamos lo más importante. Las mujeres nacemos y crecemos con el rol de cuidadoras de la vida y el bienestar. Nuestra aportación a la sociedad es importantísima. La doble presencia nos provoca cansancio y pérdida de salud. Nuestro debate fundamental se centra en cómo debe transformarse esta sociedad para conseguir ser mujer, defender nuestros valores... y, no morir en el intento.

Es necesario que las políticas y prácticas de prevención respondan a las desigualdades y diferencias de género y sexo

Para respondernos a las pregunta de si las políticas y prácticas de prevención responden a l género y sexo Kauppinen propone un análisis en el que se distinguen cuatro grandes orientaciones, y que se muestran en el siguiente cuadro:

		¿Se aborda el sexo y el género en los análisis de las condiciones de trabajo, de los riesgos y de la salud?	
		No	Sí
¿Las actividades preventivas dan respuesta a las diferencias de sexo y género?	No	Insensibles al género	Estereotipos de género
	Sí	Neutrales para el género	Sensibles al género

Fuente: Kauppinen, 1993. modificado

Según este esquema la primera reflexión importante es que la normativa española ha evolucionado de las políticas excluyentes y discriminatorias del derecho al trabajo de las

mujeres basadas en los estereotipos de género (es necesario recordar algunas leyes derogadas que prohibían algunos trabajos a las mujeres) a políticas basadas en la igualdad de oportunidades en el derecho al trabajo y el derecho a la salud. Pero es necesario resaltar que para conseguir esta igualdad son imprescindibles que nos situemos en las políticas y prácticas “sensibles al género”, es decir en aquellas que contemplan las diferencias de sexo y las desigualdades de género en el análisis de las condiciones de trabajo, de los riesgos laborales y de la salud. El resto de las prácticas invisualizan y/o estereotipan las condiciones de trabajo y salud de las mujeres, y consecuentemente son discriminatorias.

Algunas de las prácticas sensibles al género son:

- Visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres es el punto de partida de las actividades de prevención. Conseguir este objetivo, en la práctica, supone un trabajo sistemático orientado a dos finalidades: que los instrumentos para analizar condiciones, riesgos y salud sean sensibles al sexo y al género, y presentar el conjunto de los datos y análisis diferenciados por sexo.

- La práctica de prevención deben contemplar el conjunto de los puestos de trabajo. Es necesario recordar que en los sectores y en las empresas existe una importante segregación horizontal y vertical.

- La práctica de la prevención debe contemplar el conjunto de los riesgos. Los datos que disponemos señalan que la actividad prioritaria de prevención está dirigida a los riesgos de seguridad a los que están expuestos sobre todo los hombres. Para conocer, evaluar y prevenir los riesgos laborales a los que están expuestas las mujeres es necesario actuar los riesgos higiénicos, ergonómicos y psicosociales.

- La práctica de la prevención debe ser capaz de detectar el conjunto de los daños de la salud (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo) y ponerlos en relación con las condiciones de trabajo, con el objetivo de eliminar o disminuir los riesgos psicosociales. Una vez más los datos que disponemos nos señalan que las prácticas de prevención son muy insuficientes en la detección de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, invisualizando la salud de las mujeres, y también de una parte importante de los daños que presentan los hombres.

- La participación de las mujeres (recuperar su percepción y su experiencia) es imprescindible para la prevención. La participación de los colectivos en situación de desigualdad requieren de prácticas específicas para conseguir una participación efectiva.

Referencias bibliográficas

- Carrasco, Cristina, et alt. El treball de les dones a Catalunya: cap a una igualació creixent? Estudi a partir de la informació de l'Enquesta d'ús del temps, 2002-2003
Barcelona: Generalitat de Catalunya, Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, 2005. Disponible en: http://www.ctescat.net/doc/doc_52411090_1.pdf
- CCOO. Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Guía para el diagnóstico, negociación y aplicación de medidas y planes de igualdad. 2007.
Disponible en:
http://www.ccoo.es/cscceo/menu.do?Areas:Mujeres:Publicaciones:Otras_publicaciones.
- Dep de Treball de la Generalitat de Catalunya. Primera Enquesta de Condicions de Treball de Catalunya. 2006. Disponible en:
http://www.gencat.cat/treball/doc/doc_90435967_1.pdf.
- G. Benavides et al. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres i Serveis Sanitaris. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. 2006. Disponible en.
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/slaboral2004.pdf>.
- Inmmark. El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral. Resumen de resultados.2005. Disponible en:
http://www.mtas.es//mujer/mujeres/estud_inves/acoso.pdf.
- Ista. Método Ista21 CoPsoQ. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. 2004. Disponible en
<http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=1435>
- Ista. Organización del trabajo. Factores de riesgos psicosociales y salud. V foro Ista. 2007. Disponible en <http://www.istas.net>
- Perez, Jesús et alt. Acoso Sexual en el Trabajo. NTP 507. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 1999. Disponible en:
http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_507.htm