

género

Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional

Piroska Östlin

equidad

salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional

Piroska Östlin



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

2001



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Emitido originalmente como el documento “Gender Inequalities in Occupational Health” (Vol. 10, No. 9) de la serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies (September 2000).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2001

Los trabajos que componen esta serie sobre “Género y Equidad en la Salud” proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y por el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional. La Iniciativa Global para la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicarán en inglés en un volumen editado por Gita Sen, Pirooska Östlin y Asha George.

Organización Panamericana de la Salud 2001

ISBN 92 75 32289 9

La autora expresa su gratitud a Lesley Doral por su asesoramiento en la elaboración del borrador de este documento, y a Gita Sen y Asha George por sus comentarios y sugerencias editoriales durante la redacción de las versiones preliminares.

Pirooska Östlin es investigadora titular del Departamento de Ciencias de la Salud Pública del Instituto Carolino, Suecia, e investigadora adscrita del Harvard Center for Population and Development Studies.

CONTENIDO

Prólogo	v
Resumen	vii
Introducción	1
El efecto general del trabajo sobre el género y la salud	4
Segregación laboral por razón de género	7
Género y riesgos para la salud relacionados con el trabajo	11
Riesgos para la salud relacionados con el trabajo en el hogar	12
Riesgos para la salud relacionados con el trabajo en el empleo remunerado	14
Retos para la política y la investigación	21
Conclusiones	22
Referencias	24

PRÓLOGO

El trabajo es uno de los derechos básicos en un mundo justo, democrático y saludable. El compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su carácter de principal organización de salud en la Región de las Américas, es promover y proteger la salud de hombres y mujeres en sus hogares, comunidades y espacios de trabajo. Entre los mandatos de la OPS se cuentan la reducción de las inequidades en la salud y la promoción del panamericanismo en la Región; en consecuencia, eliminar las inequidades de género en la salud es una de sus prioridades.

Las mujeres y los hombres de las Américas trabajan en los diferentes sectores de la economía para asegurar el bienestar de sus familias. Sin embargo, la presencia de la mujer predomina en el sector informal de trabajo, caracterizado por salarios bajos e inestables; también son las mujeres las que crían a sus hijos, cuidan a otros familiares, cultivan la huerta y cumplen con las múltiples tareas del hogar. Además, en el sector industrial a menudo se prefiere a las mujeres para realizar tareas manuales repetitivas e intensivas.

Todos esos trabajos están mal remunerados, ofrecen pocas posibilidades de progreso y ocasionan problemas de salud ocupacional poco reconocidos hasta el momento. Con frecuencia, las mujeres están expuestas a condiciones de trabajo que favorecen las desigualdades inequitativas de género y que son injustas, innecesarias y evitables.

La OPS se complace en publicar esta obra en español, la quinta de una serie producida en colaboración con el Harvard Center for Population and Development Studies, Estados Unidos de América, para contribuir a la comprensión de las inequidades de género en el ámbito de la salud ocupacional.

George A. O. Alleyne
Director

RESUMEN

La vida laboral tiene una gran importancia con relación al ordenamiento jerárquico de la sociedad desde el punto de vista de la riqueza, el poder y el prestigio. A su vez, estos generan desigualdades en la distribución de recursos, beneficios y responsabilidades. Puesto que la posición social se relaciona de manera estrecha con las oportunidades que se presentan y las condiciones de vida, también tiene una fuerte influencia sobre la buena salud. La tajante división del trabajo por razón de género, que se observa a nivel mundial en la esfera doméstica y en la pública, contribuye de manera significativa a determinar la posición social de las mujeres y los hombres en la sociedad y explica su diferente exposición laboral a factores que promueven la salud y factores que la perjudican. En este documento se describe cómo las desigualdades por razón de género en la salud ocupacional podrían estar vinculadas con la división sexual del trabajo en los países tanto de bajos como de altos ingresos.

INTRODUCCIÓN

Uno de los acontecimientos más sorprendentes de los últimos decenios es el reconocimiento de la función imprescindible de las mujeres en las economías internacionales, nacionales y domésticas. Las cifras del Informe sobre el Desarrollo Mundial (Banco Mundial 1995) revelan que, anualmente, no se contabilizan 16 billones de dólares en la economía mundial, cifra que representa el valor del trabajo no remunerado de mujeres y hombres y el pago insuficiente del trabajo de las mujeres. De esos US\$ 16 billones, \$11 billones corresponden a la contribución “invisible” de las mujeres.

En los países tanto de altos como de bajos ingresos de casi todas las regiones del mundo, la participación femenina en la fuerza laboral no ha dejado de aumentar a partir de los años setenta u ochenta. En la Unión Europea, entre 1980 y 1990, 7 millones de los 8 millones de empleados nuevos fueron mujeres. En muchos países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), como por ejemplo Finlandia y Suecia, las tasas de participación de las mujeres son aproximadamente iguales a las de los hombres (Lahelma y Arber 1994).

También en los países de bajos ingresos se ha producido un aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo, la que representa, en promedio, 31% de la fuerza laboral. Esta cifra probablemente tendría que ser más alta, habida cuenta que las estadísticas oficiales de los países de bajos ingresos a menudo subestiman el trabajo de las mujeres debido a que, por la naturaleza del mismo, no forman parte del mercado laboral, ya sea como productoras en la agricultura de subsistencia o como trabajadoras en el sector informal. Mientras que en los países de ingresos altos, el carácter “informal” a menudo denota el trabajo no remunerado, como el servicio voluntario, en los países de ingresos bajos el sector informal comprende a las empresas basadas en el hogar que pueden proporcionar empleo a los

trabajadores de la familia o a otros pero que, en la mayoría de los casos, generan trabajo e ingresos solo para el propietario (Stellman y Lucas 2000). En África, más de un tercio de las mujeres fuera del sector agropecuario trabajan en el sector informal. Por ejemplo, en Zambia y en Gambia, 72 y 62% de las mujeres, respectivamente, trabajan en el sector informal. También es elevada la proporción de mujeres que trabaja en el sector informal en Indonesia (65%) y en Lima, Perú (80%) (Lean Lim 1996).

Las mujeres siempre han desempeñado una función importante en la economía. Sin embargo, la investigación ha obscurecido en las estadísticas del mercado de trabajo las contribuciones de las mujeres a la economía, al centrar tradicionalmente su atención en el trabajo remunerado. Puesto que el trabajo de las mujeres se desarrolló principalmente en el ámbito doméstico y en el sector informal, hecho que sigue siendo así en muchos países, ha permanecido invisible en las esferas pública, económica e institucional de la sociedad. Por este motivo, se lo considera no productivo y, en consecuencia, se lo ha excluido con frecuencia de las transacciones monetarias. Como resultado, el trabajo doméstico y el trabajo con base en el hogar no entrañan ningún pago directo, ninguna ley de protección y ningún tipo de seguridad social, y conllevan una posición social baja (Hall 1990). Las amas de casa no son respetadas públicamente como trabajadoras, los hogares no se distinguen como lugares de trabajo y las tareas domésticas no se consideran como trabajo.

A pesar de estos sesgos, la visibilidad e importancia crecientes del trabajo de las mujeres en todo el mundo ya no se pueden ignorar ni descuidar en la formulación de políticas y en la investigación. El trabajo, condicionado en gran medida por el género, tiene una importancia capital con relación al ordenamiento jerárquico de la sociedad en lo que atañe a la riqueza, el poder y el prestigio. La ocupación y la posición social que esta proporciona, guardan una estrecha relación con las diferencias en las oportunidades que se presentan en la vida, las libertades y las condiciones de vida y, por lo tanto, también influyen de manera significativa en la posibilidad de mantener una buena salud. En consecuencia, el punto de contacto entre el género y el trabajo es un tema

clave en las discusiones sobre las desigualdades sociales en general y las desigualdades en la salud por razón de género en particular.

El propósito de este documento es mostrar de qué manera las desigualdades por razón de género en la vida laboral, que comprende a las actividades remuneradas y las no remuneradas, influyen en las desigualdades y las inequidades por razón de género en la esfera de la salud. En la primera sección se describen temas generales referidos al género, el trabajo y la salud. A continuación, se examinan las conexiones entre la segregación del trabajo por razón de género y la inequidad en la salud ocupacional por la misma razón. En la tercera sección se destacan las consecuencias de los riesgos ocupacionales para la salud de las mujeres y los hombres y se describe cómo esos efectos sobre la salud pueden estar afectados por factores tanto biológicos como sociales. En la última sección se plantean los distintos desafíos que enfrentan la investigación y las políticas en materia de salud ocupacional para disminuir las inequidades por razón de género en la salud relacionada con el trabajo.

EL EFECTO GENERAL DEL TRABAJO SOBRE EL GÉNERO Y LA SALUD

Con relación a los hombres, las mujeres en general, además de enfrentar desiguales condiciones de contratación, oportunidades de capacitación, remuneración por el mismo trabajo y acceso a los recursos productivos, deben afrontar la segregación y la concentración en ocupaciones y sectores femeninos, diferentes condiciones físicas y mentales de trabajo, una participación desigual en la toma de decisiones económicas y perspectivas de ascenso desiguales. Estos factores afectan negativamente la condición social de las mujeres y su posición en la sociedad en relación con los hombres y, en consecuencia, tienen una repercusión importante en las inequidades por razones de género en el campo de la salud.

En los países industrializados, de ingresos elevados, a pesar de la posición inferior de las mujeres y de la discriminación que padecen en la mayoría de los ámbitos y niveles de la vida laboral, su creciente participación en el empleo lucrativo no solo ha fortalecido su condición social y su situación financiera personal y familiar, sino que también ha resultado beneficiosa para su salud (Waldron et al. 1998). El empleo fuera del hogar es una fuente importante de respaldo social y de autoestima, que ayuda a las mujeres a integrarse en la sociedad y a evitar el aislamiento social en el hogar. Los estudios sobre el tema han demostrado que el trabajo fuera del hogar se relaciona en las mujeres con una mejor salud mental y física (Repetti et al. 1989, Walters et al. 1993). Los ingresos que obtienen del trabajo fuera del hogar también les permiten a las mujeres reducir la dependencia económica y social de su compañero.¹ En general, en varios estudios se ha encontrado una relación positiva entre el desempeño de múltiples funciones y la salud, fundamentada en la independencia económica y la autoconfianza. Esas consecuencias positivas pueden pesar más que el estrés adicional que originan las obligaciones derivadas del cumplimiento de varias funciones (Barnett y Baruch 1987, Pugliesi 1995). Tales resultados también pueden ser válidos para las mujeres de familias de ingresos medios o altos en los países más pobres, pero se dispone de pocos datos comprobados que apoyen esta afirmación.

¹ Es importante señalar que también se pueden obtener ingresos en el hogar realizando trabajos en la casa por encargo de empresas o por medio de subcontratos.

Esta observación general, basada principalmente en investigaciones realizadas en países de ingresos altos puede, sin embargo, no aplicarse siempre a las mujeres de los países de bajos ingresos, en los que un gran número de ellas están expuestas a ambientes de trabajo nocivos y a menudo tienen pocas opciones en cuanto a su voluntad de trabajar y el lugar donde hacerlo. Esto último también ocurre con frecuencia en los países de ingresos más altos, especialmente en el caso de las mujeres más pobres. En estas circunstancias hay pocas pruebas que indiquen que las mujeres que trabajan fuera del hogar están en mejor situación. Por dichas razones, el trabajo que las mujeres ejercen fuera del hogar con frecuencia es considerado por sus familias como un símbolo de carácter negativo que pone de manifiesto su baja posición económica y social. En Asia meridional, por ejemplo, aunque las mujeres de los hogares más pobres a menudo trabajan fuera del hogar, cuando los familiares logran una mejor posición económica suelen “retirarlas” del trabajo. No obstante, aun en esas situaciones, las mujeres pobres que trabajan fuera de la casa demuestran tener más confianza en sí mismas y una mayor independencia económica, a pesar de que enfrenten condiciones de trabajo peligrosas, estrés y violencia (Razavi et al. 2000). En general, sin embargo, si las funciones principales asignadas a las personas son demasiado exigentes, como la función de sostén de la familia para los hombres o la función reproductiva circunscrita al hogar para las mujeres, cualquier responsabilidad que se les agregue puede originar estrés y aumentar así el riesgo de los efectos negativos sobre la salud (Cosser 1974).

No obstante, las pruebas sugieren que el empleo aumenta la ventaja de las mujeres sobre los hombres en lo que se refiere a la esperanza de vida (Waldron 1991). En un estudio de cohortes realizado por Vågerö y Lahelma (1998) en el que se comparó la mortalidad de las mujeres suecas que aprovecharon las políticas laborales favorables a la familia con la de las mujeres que no las aprovecharon, se encontró que la mortalidad disminuyó significativamente entre las empleadas. El hecho de elecciones positivas con respecto a la salud no es suficiente por sí solo para explicar esta diferencia en la mortalidad. En los países de bajos ingresos los datos similares son escasos. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en Filipinas reveló que el trabajo de las mujeres en el mercado mejoraba la calidad de sus regímenes alimentarios y tenía importantes repercusiones distributivas (Bisgrove y Popkin 1996).

Una nutrida bibliografía sobre el desempleo y la salud indica que estar empleado es beneficioso también para la supervivencia de los hombres (Stefansson 1991, Valkonen y Martikainen 1995). Hay consenso en que el desempleo entre los hombres está relacionado con el debilitamiento de la salud psicológica y con la mortalidad. Valkonen y Martikainen (1995) calcularon que en una cohorte masculina finlandesa de 30 a 54 años de edad, 8% de todas las defunciones y 5% de las defunciones por trastornos circulatorios, se podrían atribuir a la experiencia del desempleo. La notable reducción de la esperanza de vida en 6,5 años que sufrieron los hombres rusos entre 1989 y 1994 refleja las presiones extraordinarias ejercidas por una sociedad en rápido cambio cuando muchos de ellos perdieron sus trabajos y no pudieron continuar cumpliendo la función de “sostén de la familia”. Algunos hombres hacen frente al estrés que origina esta situación mediante comportamientos que dañan la salud como el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y la violencia (Shkolnikov 1997).

Aunque el empleo remunerado ha demostrado ser beneficioso para la salud tanto de los hombres como de las mujeres en general, hay que reconocer, como ya se mencionó, que no todas las condiciones de trabajo son beneficiosas. Hay límites en cuanto a las repercusiones positivas del empleo asalariado en la salud de los hombres y las mujeres. Según Doyal (1995:155), “La pregunta clave no es si el trabajo remunerado en general es bueno para todas las mujeres, sino qué tipos de trabajo serán nocivos o beneficiosos para cuáles mujeres y en qué circunstancias”. Esta afirmación también se aplica a los hombres.

Una bibliografía muy voluminosa sobre la salud ocupacional demuestra que el trabajo origina exposiciones a numerosos riesgos y peligros que, independientemente de ser o no remunerado, pueden perjudicar la salud. Esos riesgos están relacionados con exposiciones ocupacionales tanto físicas como psicosociales. En el cuadro 1 se presentan unos pocos ejemplos de los riesgos principales con que pueden enfrentarse las mujeres y los hombres en el ambiente de trabajo físico y psicosocial.

La dosis de factores perjudiciales para la salud varía extraordinariamente entre las diferentes ocupaciones y en todos los países, así como entre los trabajos de los sectores formal e informal. En algunos trabajos, esos riesgos casi no existen, en tanto que abundan en otros. Los riesgos ocupacionales pueden conducir a una muerte prematura (por ejemplo, a causa de accidentes, suicidio, infarto del miocardio y cáncer) y a discapacidades crónicas o agudas tales como lesiones, enfermedades osteomusculares,

Cuadro 1. Ejemplos de riesgos en el trabajo

Riesgos físicos	Riesgos psicosociales
Trabajo prolongado que exige gran esfuerzo físico	Estrés ocasionado por:
Levantamiento y traslado de objetos pesados	- exigencia mental elevada
Posturas incorrectas en el trabajo (por ejemplo, doblarse hacia adelante sin apoyar las manos, trabajar en posturas forzadas o con los brazos en alto, permanecer de pie durante muchas horas)	- ritmo del trabajo
Movimientos repetitivos y unilaterales exigidos por el trabajo	- falta de control sobre la planificación del propio trabajo
Accidentes	- trabajo monótono y repetitivo
Violencia	- falta de apoyo social de los superiores y colegas
Ruidos	- acoso sexual
Vibraciones	- temor al exceso de mano de obra, al desempleo
Calor	- temor a los accidentes, la violencia y la intimidación
Frío	- falta de flexibilidad en el horario de trabajo (por ejemplo trabajo en las últimas horas del día, trabajo nocturno, trabajo por turnos alternativos o rotativos)
Iluminación deficiente	
Productos químicos (por ejemplo plaguicidas, aceite, líquidos de corte, productos limpiadores, desinfectantes)	
Contaminación del aire	
Polvos orgánicos	
Humo (por ejemplo tabaquismo pasivo)	
Radiación ionizante	
Infecciones transmitidas por el agua, la sangre y el aire	

enfermedades de la piel, intoxicaciones, deficiencia de la capacidad auditiva, infertilidad, aborto espontáneo, enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades infecciosas, fatiga y desgaste. Los efectos perjudiciales para la salud en el trabajo pueden ocasionar ausencias por enfermedad, la jubilación anticipada o el desempleo; estos, a su vez, pueden conducir a una disminución considerable de los ingresos domésticos, especialmente en los países sin redes adecuadas o eficaces de seguridad social.

SEGREGACIÓN LABORAL POR RAZÓN DE GÉNERO

La segregación del trabajo por razón de género es un punto de partida importante para identificar los riesgos para las mujeres y los hombres en los ambientes de trabajo y comprender las desigualdades por razón de género en la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el trabajo. La

segregación ocupacional por razón de género es uno de los aspectos más importantes y persistentes de la vida de trabajo en todo el mundo.

Es conveniente distinguir entre la *segregación horizontal* y la *segregación vertical* de los empleos por razón de género. La *segregación horizontal* describe la concentración de mujeres y hombres en ocupaciones desproporcionadamente “femeninas” y “masculinas”. En el ámbito de los auxiliares de comercio, empleados subalternos de hospitales, ayudantes de cocina, enfermeros y secretarios, el predominio de las mujeres es casi absoluto en todo el mundo, mientras que los fabricantes de herramientas, mineros, conductores profesionales e ingenieros son mayoritariamente hombres. La *segregación vertical* describe la división jerárquica del poder y la influencia por razón de género dentro de las ocupaciones. Los hombres ocupan en mayor medida los cargos de gestión y las mujeres, las posiciones inferiores en las ocupaciones tanto de predominio femenino como masculino. De hecho, dentro de la misma ocupación hay diferencias sistemáticas entre los géneros con respecto al grado, la remuneración, la autoridad y las posibilidades de ascenso.

La asignación de tareas específicas a los hombres y a las mujeres es vasta y está generalizada en todos los países, independientemente del nivel del desarrollo, la riqueza, la orientación religiosa, el régimen político o el grado de igualdad entre los sexos en otros ámbitos de la sociedad. Las extensas comparaciones entre distintos países realizadas por Anker (1998) indican que los factores sociales, culturales e históricos tienen gran importancia para determinar el grado en que están segmentadas las ocupaciones sobre la base del sexo del trabajador. El mismo estudio reveló niveles de segregación ocupacional notablemente diferentes en diversas regiones, correspondiendo los niveles más bajos a Asia y el Pacífico y los niveles más altos, al Medio Oriente y África del Norte.

Sorprendentemente, en los países escandinavos se encontraron niveles elevados de segregación del trabajo por razón de género. Esto probablemente se debe a las amplias oportunidades laborales abiertas a las mujeres en los servicios del sector público, como por ejemplo la educación, la atención de la salud, la atención de los niños y los servicios sociales (Melkas y Anker 1998). En muchos otros países las mujeres emprenden estos trabajos fuera del mercado laboral sin percibir remuneración, lo que las hace invisibles en las estadísticas oficiales del mercado de trabajo.

La segregación por razón de género varía no solo según el lugar, sino también según el momento histórico: los trabajadores de la construcción

en los países de ingresos altos son principalmente hombres, en tanto que en los países asiáticos a menudo son mujeres.² Los trabajos que ahora se consideran tareas propias de los hombres quizá históricamente hayan sido realizados por las mujeres y viceversa (Bradley 1989, Alvesson y Billing 1997). Por ejemplo, antes de la industrialización del procesamiento del algodón, los hombres eran generalmente tejedores de telar, mientras que las mujeres eran mayoritariamente hilanderas. Con la introducción de maquinaria alimentada con energía eléctrica esas funciones se invirtieron (Bradley 1989). En general, la división del trabajo entre las mujeres y los hombres fue cambiando con el transcurso del tiempo, dependiendo en gran medida de dónde era necesaria la contribución de las mujeres (Wikander 1992). Sin embargo, según se verá más adelante, algunos de estos cambios perpetuaron la discriminación por razón de género contra las mujeres.

La división del trabajo por razón de género es tan evidente dentro del mundo privado de la familia y el hogar como en el empleo remunerado en los sectores formal e informal. En la esfera de la unidad familiar, la segregación del trabajo por el género significa por lo general que la parte principal de las obligaciones domésticas, es decir, las tareas diarias de cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa y ocuparse de los niños y los familiares enfermos, se asigna a las mujeres, mientras que el mantenimiento del automóvil y de la casa son responsabilidades de los hombres. Una característica importante del trabajo de las mujeres en la casa es que no se puede aplazar y, como consecuencia, el tiempo de que disponen para el ocio es más fragmentado que el de los hombres (Frankenhaeuser et al. 1991, Bird y Hill 1992). Los estudios realizados principalmente en países de ingresos altos han demostrado que la mayor proporción del trabajo remunerado de las mujeres en el mercado de trabajo no se ha traducido en una disminución de las obligaciones domésticas en términos del tiempo dedicado a atender a sus familias y familiares enfermos (Moen et al. 1994).

No solo la división del trabajo doméstico es desigual por razón de género, sino que la posición social puede acrecentar aún más este tipo de discriminación. Los estudios realizados en Suecia han demostrado que la posición social de las mujeres con respecto al nivel educacional, los ingresos y la posición en el trabajo, guarda relación con el grado de participación de su pareja en el trabajo doméstico y el cuidado de los niños

² Comunicación personal. Gita Sen.

(Roman 1992, Bejerot y Härenstam 1995). Los maridos de mujeres con trabajos poco calificados no aumentaron su contribución al trabajo doméstico en la misma proporción en que lo hicieron otros hombres durante el período en que aumentó la participación femenina en el mercado laboral (Nermo 1994).

La segregación por razón de género, tanto del trabajo asalariado como del no remunerado, estaría vinculada al menos de dos maneras con las inequidades de género en la salud. Las inequidades por razón de género en la salud ocupacional pueden ocurrir, primero, si las mujeres trabajan en tareas intrínsecamente más insalubres y, segundo, si ciertos trabajos continúan siendo insalubres porque en ellos predominan las mujeres. Ambas explicaciones encuentran apoyo en la literatura científica.

Los hechos sugieren que las condiciones de trabajo insalubres y los problemas de salud ocupacional de las mujeres no son, por lo general, abordados por los empleadores, sindicatos, investigadores y gestores de políticas, lo que contribuye a aumentar más las inequidades por razón de género en la salud ocupacional. La atención de esos grupos se ha dirigido tradicionalmente a los riesgos para la salud en los ambientes de trabajo de predominio masculino. Es probable que las raíces históricas de este interés se relacionen con el reconocimiento social y la creciente influencia política de los sindicatos dominados por los hombres a fines del siglo diecinueve. El mayor poder adquirido por los sindicatos les permitió negociar con sus empleadores un lugar de trabajo más saludable. Mientras que las leyes de protección basadas en razones de salud y seguridad mejoraron las condiciones de salubridad del lugar de trabajo para los hombres, esa misma preocupación excluyó a las mujeres del trabajo mejor remunerado (Bradley 1989). Los argumentos relacionados con la salud que esgrimían en ese momento los sindicalistas masculinos han sido particularmente decisivos para proteger a la industria de la creciente competencia femenina.

Los lugares de trabajo en los que predominan los hombres se siguen considerando más peligrosos que los ambientes de trabajo predominantemente femeninos, por ejemplo, en cuanto a los peligros de accidentes mortales y los riesgos que presentan los productos químicos para la salud. Como resultado, los trabajos de los hombres son también mejor retribuidos que los de las mujeres. Además, se han asignado recursos considerablemente más cuantiosos para la investigación y la formulación de políticas encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo de los hombres en comparación con los recursos destinados a los ambientes de trabajo donde

predominan las mujeres. En consecuencia, entre los logros alcanzados, por ejemplo en Suecia, se destaca la reducción notable de los accidentes mortales y de los riesgos que originan los productos químicos para la salud, a los que están más expuestos los hombres suecos que las mujeres (Järvholm 1996). Al mismo tiempo, sin embargo, no hay mejoras con respecto a los problemas psicosociales del trabajo, como el estrés negativo, al que están más expuestas las mujeres.

En la sección que sigue se presentan las pruebas que indican que la naturaleza intrínsecamente insalubre de los trabajos de las mujeres y de los hombres puede tener dimensiones diferentes en la mayoría de los riesgos que aparecen en el cuadro 1. Según se verá, las mujeres y los hombres no están expuestos a los mismos riesgos para la salud o, si lo están, no lo están en la misma medida. Es importante destacar que aunque las mujeres estén expuestas a un determinado factor perjudicial para la salud en la misma medida que los hombres, los efectos sobre su salud pueden ser más graves debido a factores tanto biológicos como sociales. Por otra parte, puesto que ni las mujeres ni los hombres son categorías homogéneas, se encontrarán variaciones muy grandes con respecto a las condiciones de trabajo perjudiciales para la salud en diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres.

GÉNERO Y RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO

En esta sección se presentan algunos ejemplos tomados de países con ingresos bajos e ingresos altos para ilustrar los factores de riesgo que se relacionan con más frecuencia con el trabajo de mujeres y hombres y cómo esas exposiciones pueden afectar su salud física y mental. Como veremos, en ciertos casos los mismos riesgos pueden tener distintas consecuencias para la salud debido a las diferencias biológicas y sociales entre los hombres y las mujeres.

Sin embargo, debemos ser conscientes de que lo que sabemos en la actualidad acerca de los riesgos para la salud ocupacional se basa principalmente en estudios referidos a la salud ocupacional de los hombres, ya que por regla general el concepto de trabajo está referido al trabajo remunerado. Es más, nuestro conocimiento de los efectos de las condiciones del trabajo en la salud de las personas de los países de bajos ingresos, es por demás escaso debido a la falta de estudios sobre la salud ocupacional.

Riesgos para la salud relacionados con el trabajo en el hogar

Según se señaló en la introducción, en todo el mundo la función de atender los quehaceres del hogar está circunscrita casi exclusivamente a las mujeres. Desde el punto de vista público, las amas de casa ni son consideradas trabajadoras ni se estima que el ambiente en que actúan es un lugar de trabajo. Como resultado, el trabajo en el ámbito del hogar no está incluido en los reglamentos de seguridad ocupacional.³ En general, las enfermedades y los accidentes relacionados con el trabajo doméstico se subestiman, no se registran como accidentes y enfermedades ocupacionales ni reciben compensación de los sistemas de seguro del trabajo.

Esta falta de visibilidad es aún más problemática desde una perspectiva del género porque las mujeres son más propensas a las lesiones relacionadas con el trabajo en el hogar, mientras que los hombres sufren accidentes ocupacionales fuera del hogar más a menudo que las mujeres. En Australia, la mitad de todos los accidentes que padecen las mujeres ocurren en el hogar, en comparación con 21% de los accidentes que sufren los hombres (Doyal 1995). Australia no parece diferenciarse en este sentido de otros países de ingresos altos (Broom 1986). En muchos países de bajos ingresos, la responsabilidad cotidiana de las mujeres de preparar los alimentos en fogones abiertos o fogatas es causa de una incidencia significativamente mayor de quemaduras entre las mujeres (Saleh et al. 1986; Gupta y Srivastava 1988). Sin embargo, el público no reconoce que esos accidentes sean ocupacionales.

Las mediciones cuantitativas de los efectos del trabajo doméstico sobre la salud son muy escasas en el caso de las mujeres y de los hombres por igual, tanto en los países de bajos como de altos ingresos. Puesto que el hogar se considera tradicionalmente dominio de las mujeres, los estudios referentes a los riesgos que representan las tareas domésticas para la salud se han centrado principalmente en las mujeres. En consecuencia, no hay ninguna información acerca de los riesgos que representa el trabajo doméstico para la salud de los hombres.

En los *países de ingresos bajos*, la mayoría de las mujeres todavía asumen cargas de trabajo sumamente pesadas en el ámbito del hogar. Un estudio de Avotri y Walters (1999) en el que las mujeres de Ghana se refie-

³ Sin embargo, las normas de seguridad impuestas a los artefactos domésticos contribuyen a que el ambiente de trabajo en el hogar sea más seguro.

ren a sus condiciones de trabajo y la salud ilustra la situación de las mujeres en los países de bajos ingresos. Los hallazgos revelan que las tres cuartas partes de ellas vinculaban sus problemas de salud a sus funciones de trabajo, como por ejemplo la división del trabajo por razón de género, las pesadas cargas de trabajo, la naturaleza obligatoria de su labor, la inseguridad financiera y sus responsabilidades financieras con respecto a sus hijos.

Dos importantes responsabilidades que se imponen a las mujeres son la provisión de agua y de leña para uso del hogar (Paulisso y Leslie 1995). Las exigencias físicas de estas actividades incluyen el acarreo de cargas pesadas y el recorrido de largas distancias a pie. No se debe subestimar el tiempo que requieren estas tareas. Según cálculos hechos en Zimbabwe, el tiempo total que las madres invierten en buscar el agua y la leña es de 25 horas por semana. Esto por sí solo representa una contribución de cerca de 38% al total de los trabajos domésticos. La contribución de las hijas asciende a 22%, seguida de la participación de 20% de los hijos, mientras que la de los maridos es de apenas 13% (Mehretu y Mutambirwa 1992). Además de las enfermedades osteomusculares, el levantamiento de cargas pesadas también puede conducir al aborto espontáneo y la muerte fetal, el prolapso del útero, los trastornos menstruales y la discapacidad funcional (Prabha 1983, Doty 1987, Doyal 1995). Las tareas de recoger el agua y lavar la ropa en los ríos, también exponen a las mujeres a enfermedades e infecciones transmitidas por el agua y relacionadas con ella, como la esquistosomiasis (Hartigan 2001), la malaria y los gusanos (Kendie 1992).

Las mujeres que cocinan en fogones abiertos no solo corren mayores riesgos de sufrir quemaduras, como ya se mencionó, sino que también están expuestas a un riesgo mayor de contraer enfermedades debido a la contaminación del aire por el humo. En la India se determinó que los trastornos respiratorios de las mujeres estaban relacionados con la exposición al humo de los fogones domésticos (Mishra et al. 1990). Behera y sus colegas (1991) encontraron niveles de contaminación inaceptables en el interior de las viviendas cuando se cocinaba, según lo revelaban los altos niveles de carboxihemoglobina en la sangre. Entre los combustibles que se usan comúnmente para cocinar y otras actividades domésticas en los países de bajos ingresos se incluyen la biomasa, el petróleo de queroseno y el gas de petróleo líquido. Algunos de los contaminantes derivados de estos combustibles incluyen carcinógenos y diversas sustancias tóxicas. Tal contaminación también puede tener efectos perjudiciales sobre el crecimiento fetal durante el embarazo (Dekoning et al. 1985). Además, Mishra

y sus colegas (2000 en preparación) encontraron que había una relación entre el uso de la biomasa como combustible para cocinar y la prevalencia de la ceguera en la India.

En los *países de ingresos altos*, casi todos los hogares tienen agua corriente, electricidad y artefactos domésticos básicos que eliminan los esfuerzos físicos más pesados y los riesgos físicos más graves para la salud. Sin embargo, los hogares de los países de ingresos altos no están enteramente libres de los peligros derivados de las sustancias tóxicas usadas para la limpieza de la casa, el lavado de ropa, la reparación del automóvil y el mantenimiento del jardín. Estos riesgos se presentan también de manera creciente en los países de bajos ingresos. La investigación encaminada a calcular los efectos de esos productos químicos domésticos sobre la salud de hombres y mujeres es escasa.

Por último, no deben subestimarse los riesgos para la salud mental entre las amas de casa de tiempo completo. Como ya se indicó en este documento, las amas de casa padecen sufrimiento psicológico en mayor medida que las mujeres empleadas, probablemente como consecuencia del aislamiento en el hogar. Las amas de casa contabilizan más días de enfermedad, tienen más limitaciones en su actividad, más afecciones agudas y crónicas, niveles menos favorables de colesterol sérico y de lipoproteínas y un riesgo mayor de sufrir una cardiopatía coronaria (Hall 1990). Para las mujeres con empleos remunerados, las obligaciones domésticas pueden convertirse en una causa importante de estrés, especialmente si trabajan con horario completo y tienen hijos a su cargo (Lundberg 1998). La investigación acerca de los efectos del estrés en la salud de los hombres en situaciones similares no es común.

Riesgos para la salud relacionados con el trabajo en el empleo remunerado

Comparado con lo que se sabe acerca de los peligros que presenta el entorno doméstico para la salud, nuestro conocimiento en el ámbito público de las exposiciones en el trabajo remunerado y los efectos en la salud es más amplio, especialmente en los países de ingresos altos. La sección siguiente destaca varias consecuencias para las condiciones de trabajo y la salud de las mujeres derivadas del persistente y estrecho enfoque de los peligros para la salud desde el punto de vista masculino.

En un gran número de *países de ingresos bajos*, las mujeres tienen muchas oportunidades de obtener ingresos en el campo de la agricultura.

La concentración de la fuerza laboral femenina en el sector agropecuario es superior a 80% en el África al sur del Sahara y llega casi a 50% en Asia (Lean Lim 1996). Los cultivos de subsistencia, especialmente en el África al sur del Sahara, están a cargo casi exclusivamente de mujeres en las explotaciones agropecuarias pequeñas. Ellas pasan muchas horas en posturas de trabajo incómodas, que pueden conducir a dolores de espalda crónicos, entre otros trastornos (Paolisso y Leslie 1995).

Además de los riesgos para la salud inherentes al trabajo en la agricultura de subsistencia, la producción de cultivos comerciales como, por ejemplo, frutas, hortalizas y flores, incluye la exposición a plaguicidas tóxicos. En los países de bajos ingresos muchas mujeres enfrentan los problemas de trabajar en aguas rociadas con productos químicos cuando trasplantan el arroz. Debido a la división del trabajo por razón de género, las mujeres tienen una participación mayor que los hombres en los trabajos manuales, como escardar, recoger y clasificar, en los campos rociados con plaguicidas, lo que las obliga a estar expuestas a estos productos durante períodos prolongados. Los hombres, por el contrario, participan más en la fumigación de cultivos, que entraña períodos cortos de tiempo de exposición. Como consecuencia, el uso generalizado de plaguicidas constituye uno de los principales riesgos para la salud de las mujeres, y es mayor para ellas que para los hombres (Paolisso y Leslie 1995).

Un estudio llevado a cabo en Colombia reveló que los floricultores, 67% de los cuales son mujeres y 33% hombres, están expuestos a 127 clases de plaguicidas diferentes (Restrepo et al. 1990). Los efectos perjudiciales para la salud de la exposición a plaguicidas incluyen intoxicaciones, cáncer, enfermedades de la piel, abortos, nacimientos prematuros y recién nacidos con malformaciones. El estudio colombiano mostró que entre las mujeres trabajadoras y las esposas de los trabajadores el riesgo de malformaciones congénitas, aborto espontáneo y nacimientos prematuros era mayor. La probabilidad de dar a luz bebés con malformaciones aumentó en 30% después de que se comenzaron a usar plaguicidas. Esto podría ser consecuencia de daños a la salud reproductiva masculina o femenina. Sin embargo, puesto que tradicionalmente la reproducción se considera del dominio de las mujeres, la salud reproductiva masculina relacionada con la contaminación tóxica ha sido ignorada tanto en la investigación como en los reglamentos de protección ocupacional.

Los plaguicidas y los productos químicos también se usan ampliamente en los países de ingresos altos. Sin embargo, los reglamentos de seguridad

ocupacional y los límites de exposición a los productos químicos tóxicos protegen a los trabajadores de los peores efectos sobre la salud. Hay razones para creer que los límites de exposición ocupacional protegen a las mujeres en un grado significativamente más bajo que a los hombres. Primero, los estudios para determinar niveles “seguros” de exposición a las sustancias tóxicas se realizaron en hombres jóvenes sanos y esos límites de exposición se adoptaron también para las trabajadoras, sin pruebas convincentes de que fueran aplicables a las mujeres (Messing 1993, 1998). Segundo, a menudo no se toma en cuenta la mayor sensibilidad de las mujeres a la exposición a sustancias químicas, como se explica más adelante. Por ejemplo, aunque las mujeres de todas las edades necesitan protección más estricta contra el plomo que los hombres debido a diferencias biológicas, los reglamentos adoptados proporcionan una protección más estricta solo a las mujeres en edad reproductiva (Hansson 1998).

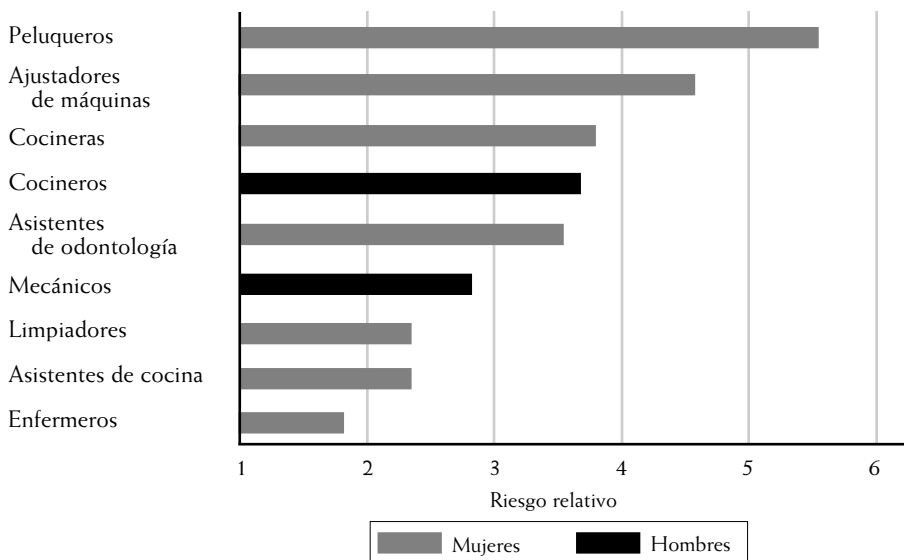
Aun si los hombres y las mujeres estuvieran expuestos en la misma medida a los plaguicidas y otros productos químicos, las repercusiones en la salud de las mujeres serían más graves a causa de su mayor vulnerabilidad biológica (Messing y Kilbom 1998). Ya he mencionado los riesgos para la salud reproductiva de las mujeres como consecuencia de la exposición a los productos químicos. Puesto que las mujeres tienen una proporción mayor de tejido graso que los hombres, están expuestas a un riesgo mayor de sufrir daño por la exposición a productos químicos solubles en grasas (Östlin et al. 2001a). Hay diferencias entre los sexos en cuanto a la absorción, el metabolismo y la excreción de productos químicos solubles en grasas. Las mujeres tienen la piel más fina que los hombres, de manera que los productos químicos pueden penetrar más fácilmente en sus cuerpos y provocar alergias y eccema. Dado que el metabolismo de las mujeres es más lento, los productos químicos permanecen en sus cuerpos más tiempo en concentraciones altas en la corriente sanguínea.

La mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres a los productos químicos y la segregación de ocupaciones que entrañan la exposición a alérgenos de la piel, en combinación con la ejecución de trabajos en los que las manos se mantienen húmedas durante muchas horas (por ejemplo, tareas de limpieza y de peluquería), podrían explicar parcialmente la incidencia de afecciones de la piel relacionadas con el trabajo de las mujeres. Esto es así a pesar de la creencia de que los hombres de los países de ingresos altos están expuestos a los productos químicos en un grado más alto que las mujeres. La figura 1 muestra en qué ocupaciones en Suecia es más alto el

número de casos notificados de enfermedades ocupacionales de la piel con relación al número de personas empleadas en cada ocupación. Los resultados indican sin lugar a dudas que la mayoría de los casos ocurren en ocupaciones femeninas que incluyen trabajos en los que hay mucho contacto con el agua y se manejan productos químicos (Meding 1998).

Otro tema que es motivo de preocupación tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos es la repercusión en la salud del trabajo en la cadena de producción en serie. El trabajo en la cadena de producción se ha considerado particularmente apropiado para las mujeres, dadas sus características psicológicas y físicas. Las explicaciones biológicas acerca del tamaño, fuerza y hormonas de las mujeres y la necesidad de protegerlas por razones reproductivas, que a menudo justifican la discriminación contra el empleo de mujeres, se usan en estos casos para justificar su contratación. Por ejemplo, se cree que las mujeres están protegidas del esfuerzo físico pesado porque el trabajo en esas cadenas de producción, especialmente en las industrias de los juguetes, vestimenta o productos electrónicos, se considera liviano. Además, se supone que este tipo de trabajo no requiere mucho adiestramiento, lo que también justifica que las mujeres reciban salarios bajos.

Figura 1. Grupos ocupacionales con una incidencia elevada de afecciones cutáneas comunicadas en el período 1990-1991, Suecia



Fuente: Hedlin et al. 1994.

El trabajo predominantemente femenino en fábricas y plantas de elaboración incluye largos turnos de actividad, tareas monótonas y repetitivas, y exposición a sustancias carcinogénicas (Paolisso y Lesley 1995, Theobald 1999). Los movimientos repetitivos a un ritmo acelerado durante muchas horas, junto con la sensación de fatiga y el estrés, originan un conjunto de síntomas osteomusculares que se conoce comúnmente como “lesión por exceso de movimiento repetitivo”. Ese tipo de lesión provoca dolor y malestar considerables en las zonas afectadas, como las manos, las muñecas y los brazos. También puede conducir a la pérdida de la fuerza de agarre de la mano y, con el transcurso del tiempo, a una discapacidad que obligue al cese permanente del empleo (Bird y Hill 1992).

Los hombres se dedican a trabajos de carácter dinámico con más frecuencia que las mujeres, lo que generalmente significa el uso de diferentes grupos musculares en actividades físicamente arduas, como levantar o trasladar cargas pesadas. Aunque cada carga de por sí es pesada, el esfuerzo muscular variado y dinámico causa menos daño que el trabajo estático, que es más común entre las mujeres y que se caracteriza por el estrés repetitivo y unilateral de las mismas fibras musculares durante un período prolongado (Joint Work Environment Council for the Government Sector 1997).

Si se expusiera a las mujeres y a los hombres al mismo trabajo físico, la exigencia del esfuerzo físico sería mayor en las mujeres que en los hombres. Esto se debe a que las mujeres por término medio solo pueden desarrollar 60 ó 70% de la fuerza muscular que despliegan los hombres debido a que sus fibras musculares son más delgadas y más cortas. La fuerza que las mujeres tienen en el brazo equivale a solo 50% de la fuerza que tienen los hombres. Así, el esfuerzo que realiza una mujer para levantar 20 kilogramos es equivalente al que realiza un hombre para levantar 33 kilogramos (Joint Work Environment Council for the Government Sector 1997).

En los países de ingresos altos, son casi exclusivamente los hombres quienes mueren en el trabajo como consecuencia de accidentes en ocupaciones predominantemente masculinas. Solo 6% de los accidentes mortales ocurridos en Suecia entre 1987 y 1995 afectaron a mujeres (Kjellberg 1998). La diferencia de sexo en cuanto a la frecuencia de accidentes se debe casi por completo al hecho de que los hombres trabajan en ambientes en los que el riesgo de padecer esa exposición es mayor; por ejemplo, trabajadores del transporte, mineros y bomberos. En los países de ingresos bajos es probable que los hombres sean los más afectados por los accidentes laborales, puesto que las ocupaciones con una probabilidad mayor

de accidentes son predominantemente masculinas. Debido a la carencia de reglamentos de seguridad y de equipo de protección en los países de ingresos bajos, los hombres que trabajan en las mismas ocupaciones que los de los países de ingresos altos están expuestos a más riesgos.

En la mayoría de los países industrializados, más hombres que mujeres están expuestos a ruidos, vibraciones, clima desfavorable, solventes orgánicos y casi todos los demás riesgos físicos y químicos de tipo convencional. En consecuencia, las enfermedades relacionadas con el uso de solventes, la pérdida de audición y las lesiones causadas por vibraciones, como el “síndrome de dedos blancos”, son más comunes entre los hombres. Sin embargo, las enfermedades de la piel y los trastornos osteomusculares relacionados con el trabajo son más comunes entre las mujeres (Kjellberg 1998).

Si bien los riesgos físicos y químicos tradicionales no han desaparecido de los lugares de trabajo, en los países de ingresos altos esos factores se han reducido considerablemente, o se mantienen estrictamente bajo control, mediante el establecimiento de reglamentos y medidas activas de vigilancia. Desde entonces, el centro de atención de la política y la investigación se ha desplazado a los peligros para la salud relacionados con los factores de riesgo psicosociales, principalmente con la organización del trabajo. Si bien el conocimiento de este tipo de riesgo está limitado casi exclusivamente a los países de ingresos altos, no hay razones para creer que sus efectos en la salud sean diferentes en los países de ingresos bajos.

Uno de los factores de riesgo relacionados con el ambiente psicosocial del trabajo más estudiado es el estrés negativo, definido por Karasek (1979) como la combinación de una exigencia psicológica elevada en el trabajo, como un ritmo febril de trabajo y una escasa libertad de decisión o la capacidad de controlar las tareas del trabajo. El estrés negativo es más prevalente en las ocupaciones en las que predominan las mujeres y en todos los niveles de la jerarquía ocupacional, medida por la situación socioeconómica. Se ha señalado que el estrés negativo está relacionado con un riesgo mayor de sufrir infarto del miocardio, enfermedades mentales y trastornos osteomusculares (Karasek y Theorell 1990).

Por ejemplo, la investigación sueca ha demostrado que trabajar 10 horas adicionales por semana aumentaba el riesgo de las mujeres de padecer un ataque cardíaco, mientras que los hombres que trabajaban una cantidad similar de horas extraordinarias tenían una incidencia inferior a la esperada (Alfredsson et al. 1985). También dentro del mismo grupo socioeconómico,

las diferentes consecuencias para la salud de hombres y mujeres del tiempo extra de trabajo revelan que las mujeres padecen un nivel más alto de estrés debido al conflicto que puede surgir entre sus mayores obligaciones domésticas y las del empleo lucrativo.

Las mujeres tienen menos posibilidades que los hombres de ejercer control o de tener autoridad de decisión en el empleo, aun si la comparación se establece en un mismo nivel jerárquico y educacional (segregación vertical). Frankenheuser y sus colegas (1989) han señalado que las mujeres gerentes tenían una acumulación muy considerable de las hormonas de respuesta al estrés al finalizar el día laboral, cuando les llegaba el momento de cumplir con sus obligaciones domésticas. Las mujeres en puestos inferiores no experimentaron el mismo aumento de hormonas que las mujeres gerentes. Los gerentes varones, por el contrario, mostraron una reducción brusca en la respuesta hormonal al estrés al terminar el trabajo. Las gerentes mujeres generalmente reciben menos apoyo social y respeto tanto de otros gerentes, que en su mayoría son hombres, como del personal subalterno compuesto en su mayoría por mujeres (Joint Work Environment Council for the Government Sector 1997).

Los dos ejemplos precedentes muestran sin lugar a dudas la interacción entre el género y otras características transversales, como la clase social. Esos factores, junto con la raza y la etnia, interactúan con el género cuando se determinan las relaciones de poder en la sociedad (Breen 2000). Los ejemplos indican que, en cualquier clase social dada, las mujeres generalmente están subordinadas a los hombres, pero los diferenciales de la condición social y el poder entre mujeres de distintas clases pueden no ser los mismos que los correspondientes diferenciales de clase entre los hombres (Östlin et al. 2001b). Los requisitos necesarios para combinar el empleo remunerado y las responsabilidades de la familia tienen una influencia mayor en la salud de la mujer, dadas sus mayores responsabilidades en la esfera doméstica. La medida en que las mujeres de las diversas clases sociales tienen la posibilidad o los recursos necesarios para equilibrar sus diferentes funciones en las esferas pública y doméstica, repercute significativamente en las desigualdades *entre* mujeres y hombres, así como *dentro* de diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres.

Estos resultados indican también la necesidad de complementar el marco estructural de la investigación y la política con otros marcos, como por ejemplo la función que desempeña el género, en los que se tomen en cuenta las diferentes clases de relaciones entre hombres y mujeres y, más

aun, la acción recíproca entre el sexo (lo biológico), el género (lo social) y la condición social (Östlin 1997; Annandale y Hunt 2000).

RETOS PARA LA POLÍTICA Y LA INVESTIGACIÓN

Habida cuenta de la importancia de la función de la segregación del trabajo por razón de género para determinar la condición social y la posición jerárquica de las mujeres —y los hombres— en la sociedad, así como su papel en las ineficiencias relativas al mercado de trabajo, el crecimiento económico y la justicia social, es imperativo que los formuladores de políticas y los investigadores presten atención *urgente y prioritaria* a reducir la segregación del trabajo por razón de género (Anker 1998). No es necesario inventar herramientas nuevas. Al menos en los países de mayores ingresos, ya están allí. Ya existen leyes e iniciativas nacionales, así como convenciones internacionales y “guías para la acción” (Lean Lim 1996).

Sin embargo, estas herramientas son de poca utilidad si la cuestión no se asume seriamente. Lo que se necesita son nuevos enfoques y estrategias que alentarían a los interesados directos a usar estas herramientas. En los países de ingresos bajos, a menudo no hay reglamentos vigentes sobre la salud y la seguridad en el lugar de trabajo o, si existen, no se hacen cumplir, especialmente en el sector informal. Además, hay razones para creer que en el clima de privatización y desregulación económica de los dos últimos decenios, el alcance de tales reglamentos ha disminuido (Standing 1989).

La responsabilidad primordial de adoptar medidas que aseguren la salud y la seguridad de los empleados incumbe a los empleadores, los gobiernos y los organismos intergubernamentales. La importancia de esta obligación se ha acrecentado ante los indicios crecientes del desplazamiento de las denominadas industrias “sucias” a los países de ingresos bajos, a medida que los reglamentos sobre la salud, la seguridad y el medio ambiente se tornan más estrictos y se hacen cumplir mejor en los países de ingresos altos.

El nuevo desafío es encontrar la manera de poder borrar la línea divisoria tradicional entre quienes formulan las políticas, los expertos y los sujetos de la política y la investigación. Loewenson et al. (1999) se han referido a los “enfoques participativos” en la investigación sobre la salud ocupacional, en los que los profesionales de la salud y la seguridad colaboran con los representantes de los trabajadores. En este enfoque “radical” se les da a los trabajadores una participación más activa en la investigación

acerca de la salud ocupacional para tener la certeza de que la investigación que se emprenda sea pertinente a sus necesidades e intereses.

Del mismo modo, debe asignárseles a los trabajadores un papel más activo en la elaboración de políticas para promover lugares de trabajo más saludables. Como la fuerza de trabajo está constituida por hombres y mujeres, es importante que unos y otras participen en igual medida en el proceso. Por lo tanto, es necesario desechar la tendencia verticalista, tanto en la política como en la investigación en el campo de la salud ocupacional, y prestar más atención a las experiencias y las percepciones tanto de las mujeres como de los hombres de diferentes antecedentes sociales.

Las herramientas de uso general y las listas de verificación para introducir consideraciones de género en la investigación, la política y la planificación pueden ser útiles si se emplean con prudencia; sin embargo, también pueden ser demasiado preceptivas y carecer de sensibilidad ante las diferentes necesidades nacionales y locales (Standing 2000). La idea central en el campo de la salud ocupacional debe ser la solución práctica de problemas en el lugar de trabajo y la formación de la capacidad local, con la participación de los trabajadores de los dos sexos, los empleadores, los proveedores de servicios de salud primaria u ocupacional y los funcionarios gubernamentales.

Conciliar las posiciones de diferentes interesados directos con distintos grados de poder es fundamental para asegurar la atención a las medidas de equidad relacionadas con el género y la salud que promueven el mismo trato para mujeres y hombres en cuanto comparten necesidades comunes, así como el reconocimiento de que si tales necesidades difieren, estas diferencias se abordarán de manera equitativa.

CONCLUSIONES

La creciente participación de las mujeres en la economía de mercado de todo el mundo pone en tela de juicio el punto de vista según el cual la sociedad y la cultura determinan las funciones y las obligaciones de las mujeres y los hombres. La investigación en el campo de la salud ocupacional, que se caracteriza por su concepto del trabajo entendido como trabajo remunerado realizado por los hombres y que, en consecuencia, se ha centrado en los riesgos para la salud ocupacional de los trabajos con predominio masculino, ya no se puede justificar.

Sin embargo, los esfuerzos por incluir a las mujeres en estudios de salud ocupacional en los que se intentó comprender su salud en relación con el trabajo utilizando exclusivamente como marco estructural el empleo remunerado, también probaron ser inadecuados. La salud de las mujeres con relación al trabajo no se puede comprender si no se complementa el marco basado en el empleo remunerado con otros marcos referidos a las funciones de cada género y al trabajo de las mujeres en la esfera doméstica.

Se ha examinado el importante papel del trabajo en determinar la posición de mujeres y hombres en la jerarquía social de la sociedad mediante la distribución de recursos y del poder y, de ese modo, su influencia en las posibilidades de mantener la buena salud. La segregación pertinaz del trabajo por razón de género contribuye de manera significativa al proceso en virtud del cual se origina, reproduce y mantiene la posición inferior de las mujeres en la sociedad, tanto en la esfera doméstica como en la esfera pública. Las consecuencias negativas de un mercado de trabajo segregado por razón de género no solo se observan con relación a los salarios de las mujeres, las oportunidades de ascenso, las condiciones de trabajo y la salud, sino que también deben considerarse en términos de niveles sociales más amplios, como las ineficiencias del mercado de trabajo, el crecimiento económico y la justicia social.

El estudio detenido de la segregación en el mercado de trabajo por razón de género es un punto de partida fructífero para identificar los factores que dañan y los factores que promueven la salud en el ambiente laboral de las mujeres y los hombres y para comprender las desigualdades por razón de género en la salud ocupacional. En este capítulo se han identificado varios factores potenciales de riesgo en los ambientes de trabajo de mujeres y hombres y sus consecuencias para la salud. Como se ha visto, las mujeres y los hombres se enfrentan con diferentes riesgos debido a la división del trabajo por razón de género o bien están expuestos a los mismos riesgos en diferente grado. Cuando las mujeres y los hombres están expuestos por igual al mismo factor de riesgo, las consecuencias para la salud de las mujeres pueden no ser las mismas debido a razones biológicas y sociales.

La esfera de la vida de trabajo, en todas sus formas y ámbitos, es probablemente el escenario más importante para la acción si el objetivo es mejorar el estado de salud de las poblaciones en general y reducir las desigualdades socioeconómicas y de género en particular.

Referencias

- Alfredsson, L., Spetz, C-L., Theorell, T. (1985) Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *International Journal of Epidemiology* 14:378-388.
- Alvesson, M., Billing, Y.D. (1997) *Understanding gender and organizations*. London: Sage.
- Anker, R. (1998) *Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world*. Geneva: International Labor Organization.
- Annandale, E., Hunt, K. (2000) Gender inequalities in health: research at the crossroads. En: Annandale, E., Hunt, K., eds. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- Avotri, J.Y., Walters, V. (1999) "You just look at our work and see if you have any freedom on earth": Ghanaian women's accounts of their work and their health. *Social Science and Medicine* 48:1123-1133.
- Banco Mundial. (1995) Apéndice 3: *Informe sobre el desarrollo mundial 1995. El mundo del trabajo en una economía integrada*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barnett, R., Baruch, G. (1987) Social roles, gender and psychological distress. En: Barnett, R., Biener, L., Baruch, G., eds. *Gender and stress*. New York: Free Press.
- Behera, D., Dash, S., Yadav, S.P. (1991) Carboxyhaemoglobin in women exposed to different cooking fuels. *Thorax* 46:344-346.
- Bejerot, E., Härenstam, A. (1995) To combine paid work and family. En: Westlander, G., ed. *On the way to the healthy work*. Solna: National Institute of Working Life [en sueco].
- Bird, H.A., Hill, J. (1992) Repetitive strain disorder: towards diagnostic criteria. *Annals of the rheumatic diseases* 51:974-977.
- Bisgrove, E.Z., Popkin, B.M. (1996) Does women's work improve their nutrition: evidence from the urban Philippines. *Social Science and Medicine* 40:1475-1488.
- Bradley, H. (1989) *Men's work, women's work*. Cambridge: Polity Press.
- Breen, N. (2000) *Social class and health: understanding gender and its interaction with other social determinants*. Cambridge: Harvard School of Public Health, Harvard Center for Population and Development Studies. (Working Paper Vol. 10, No. 3).
- Broom, D. (1986) Occupational health among houseworkers. *Australian Feminist Studies* 2:15-33.
- Coser, L. (1974) *Greedy institutions*. New York: Free Press.
- De Koning, H.W., Smith, K.R., Last, J.M. (1985) Biomass fuel combustion and health. *Bulletin of the World Health Organization* 63(1):11-26.
- Doty, P. (1987) Health status and health services use among older women: an international perspective. *World Health Statistical Quarterly* 40(3):279-290.
- Doyal, L. (1995) *What makes women sick. Gender and the political economy of health*. London: Macmillan Publishers Ltd.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Chesney, M. (1991) *Women, work and health. Stress and opportunities*. New York: Plenum.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, B.M., Toumisto, M., Myrsten, A-L. (1989) Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behaviour* 10:321-346.
- Gupta, R.K., Srivastava, A.K. (1988) Study of fatal burn cases in Kanpur (India). *Forensic Science International* 37:88.
- Hall, E.M. (1990) *Women's work: an inquiry into the health effects of invisible and visible labor*. Stockholm: Karolinska Institute [tesis de doctorado].
- Hansson, S.O. (1998) The neglect of women in occupational toxicology. En: Kilbom, Å., Messing K., Bildt Thorbjörnsson, C., eds. *Women's health at work*. Solna: National Institute of Working Life.
- Hartigan, P. (2001) Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. (Publicación Ocasional 7).
- Hedlin, M., Bengtsson, B., Norell, M., Malker, H. (1994) *Reported occupational skin diseases*. Solna: National Board of Occupational Safety and Health [en sueco]. (Report 10).
- Järvholm, B., ed. (1996) *Working life and health. A Swedish survey*. Solna: National Board of Occupational Safety and Health, National Institute of Working Life and Swedish Council for Work Life Research.
- Joint Work Environment Council for the Government Sector. (1997) *Reflections on women in working life*. Stockholm: SAN.

- Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990) *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Kendie, S.B. (1992) Survey of water use behaviour in rural North Ghana. *Natural Resources Forum* 16:126-131.
- Kjellberg, A. (1998) Men, work and health. En: Kilbom, Å., Messing, K., Bildt Thorbjörnsson, C., eds. *Women's health at work*. Solna: National Institute of Working Life.
- Lahelma, E., Arber, S. (1994) Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. *European Journal of Public Health* 4:213-226.
- Lean Lim, L. (1996) *More and better jobs for women. An action guide*. Geneva: International Labor Organization.
- Loewenson, R., Laurell, A.C., Hogstedt, C. (1999) Participatory approaches in occupational health research. En: Daykin, N., Doyal, L., eds. *Health and work*. London: Macmillan Publishers Ltd.
- Lundberg, U. (1998) Work and stress in women. En: Orth-Gomér, K., Chesney, M., Wenger, N.K., eds. *Women, stress, and heart disease*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mehretu, A., Mutambirwa, C. (1992) Time and energy costs of distance in rural life space of Zimbabwe: case study in the Chiduku communal area. *Social Science and Medicine* 34:17-24.
- Meding, B. (1998) Work-related skin disease. En: Kilbom, Å., Messing, K., Bildt Thorbjörnsson, C., eds. *Women's health at work*. Solna: National Institute of Working Life.
- Melkas, H., Anker, R. (1998) *Gender equality and occupational segregation in Nordic labour markets*. Geneva: International Labor Organization.
- 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. (1998) One-eyed science. *Occupational health and women workers*. Philadelphia: Temple University Press.
- Messing, K., Kilbom, Å. (1998) Equally different. Identifying biological specificities or relevance to work related health. En: Kilbom, Å., Messing, K., Bildt Thorbjörnsson, C., eds. *Women's health at work*. Solna: National Institute of Working Life.
- Mishra, V.N., Malhotra, M., Gupta, S. (1990) Chronic respiratory disorders in females of Delhi. *Journal of the Indian Medical Association* 88:77-80.
- Mishra, V.N., Retherford, R.D., Smith, K.R. (2000) Biomass cooking fuels and prevalence of blindness in India. *Health Transition Review*. En preparación.
- Moen, P.H., Robinson, J., Fields, V. (1994) Women's work and caregiving roles: A life course approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 36:913-917.
- Nermo, M. (1994) The uncompleted equality. En: Fritzell, J., Lundberg, O., eds. *Conditions of everyday life*. Stockholm: Brombergs [en sueco].
- Östlin, P. (1997) Gender, social class and health. En: Ollila, E., Kiovusalo, M., Partonen, T., eds. *Equity in health through public policy*. Helsinki: STAKES.
- Östlin, P., Danielsson, M., Hårenstam, A., Diderichsen, F., Lindberg, G., eds. (2001a) *Gender and inequalities in health*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press.
- Östlin, P., Sen, G., George, A. (2001b) Gender and health inequalities. En: Whitehead, M., Evans, T., Diderichsen, F., Bhuiya, A., eds. *Global dimensions of health equity*. New York: Oxford University Press. En preparación.
- Paolisso, M., Leslie, J. (1995) Meeting the changing health needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine* 40:55-65.
- Prabha, R. Just one more queue - women and water shortage in Tamil Nadu. *Manushi* June/July.
- Pugliesi, K. (1995) Work and wellbeing: gender differences in the psychological consequences of employment. *Journal of Health and Social Behavior* 36:57-71.
- Razavi, S. et al. (2000) *Gendered poverty and wellbeing*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Repetti, R.L., Matthews, K.A., Waldron, I. (1989) Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist* 44:1394.
- Restrepo, M. et al. (1990) Prevalence of adverse reproductive outcomes in population occupationally exposed to pesticides in Colombia. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 16:232-238.
- Roman, C. (1992) *Working life and family life. A study on women in working life*. Uppsala: Uppsala University, Department of Sociology [en sueco].

- Saleh, S., Fortney, S.J.A., Rogers, S.M., Potts, D.M. (1986) Accidental burn deaths to Egyptian women of reproductive age. *Burns, Including Thermal Injuries* 12:241.
- Shkolnikov, V. (1997) *The Russian health crisis of the 1990s in mortality dimensions*. Cambridge: Harvard School of Public Health, Harvard Center for Population and Development Studies. (Working Paper 97.01).
- Standing, H. (2000) El género y la reforma del sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. (Publicación Ocasional 3).
- Stefansson, C.-G. (1991) Long term unemployment and mortality in Sweden 1980-86. *Social Science and Medicine* 32:419-424.
- Stellman, J.M., Lucas, A. (2000) Women's occupational health: international perspectives. En: Goldman, M.B., Hatch, M.C. *Women and health*. Burlington: Academic Press.
- Theobald, S. (1999) Embodied contradictions: organizational responses to gender and occupational health interests in the electronics industries of northern Thailand [tesis de doctorado]. University of East Anglia: School of Development Studies.
- Vågerö, D., Lahelma, E. (1998) Women, work, and mortality: an analysis of female labor participation. En: Orth-Gomér, K., Chesney, M., Wenger, N.K., eds. *Women, stress, and heart disease*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valkonen, T., Martikainen, P. (1995) Unemployment and mortality. Causation or selection? En: Lopez, A., Caselli, G., Valkonen, T., eds. *Adult mortality in developed countries. From description to explanation*. Oxford: Oxford University Press.
- Waldron, I. (1991) Effects of labour force participation on sex differences in mortality and morbidity. En: Frankenhauser, M., Lundberg, U., Chesney, M., eds. *Women, work and health: stress and opportunities*. New York: Plenum Press.
- Waldron, I., Weiss, C.C., Hughes, M.E. (1998) Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behaviour* 39:216-236.
- Walters, V. (1993) Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Social Science and Medicine* 36:393.
- Wikander, U. (1992) Shared work, shared power: women's subordination at and through work. A historical essay. En: Åström, G., Hirdman, Y., eds. *Contract in crisis*. Stockholm: Carlssons Bokförlag [en sueco].