

SEGREGACIÓN DE GÉNERO Y SALUD LABORAL

Nuria Gamero y equipo de investigación de Laogen (Universidad de Sevilla)

Introducción

La segregación de género, entendida como la tendencia a que hombres y mujeres trabajen en diferentes ocupaciones y en distintos sectores laborales, es considerada como un área prioritaria en la integración de la perspectiva de género en diagnósticos e intervenciones sobre la salud laboral (OIT, 2013; OMS, 2011; OSHA, 2016). Esto es debido al impacto diferencial que la segregación tiene sobre los riesgos laborales a los que hombres y mujeres se enfrentan, y por tanto, sobre el bienestar y la salud de ambos colectivos. La tendencia a la segregación de género es una característica de todas las sociedades dándose también en los países ricos e industrializados, en general, y en particular en los países de la UE como España (Blackburn et al., 2002; Jarman, Blackburn & Racko, 2012). Se manifiesta en los diferentes patrones de participación de mujeres y hombres en el mercado laboral, la vida pública y política, el trabajo doméstico no remunerado y las tareas de cuidado, y en las opciones de educación de mujeres y hombres jóvenes. Este tipo de segregación reduce las opciones de vida, educación y empleo, conduce a una remuneración desigual, refuerza aún más los estereotipos de género y limita el acceso a ciertos trabajos al tiempo que perpetra la desigualdad de género en las relaciones de poder en el ámbito público y privado (OIT, 2016).

Segregación horizontal y segregación vertical

Para poder analizar la segregación de género se establecen diferencias entre segregación vertical y horizontal. La segregación horizontal se manifiesta en la distribución diferenciada de hombres y mujeres en ocupaciones y sectores de actividad económica. Así, podemos distinguir entre sectores que tienden a ser feminizados y masculinizados. En los sectores feminizados, las mujeres, a menudo, reproducen el rol tradicional de responsables del mantenimiento de la familia y el hogar (empleadas en sanidad, enseñanza, cuidados asistenciales, o en el servicio doméstico) (Tassier, 2008). En los sectores masculinizados se concentra la construcción, el transporte y la tecnología.

Por su parte, la segregación vertical refleja las dificultades que todavía tienen las mujeres para acceder a cargos de responsabilidad o de decisión (el llamado techo de cristal). Los hombres ocupan en mayor proporción posiciones directivas y las mujeres las posiciones menos cualificadas, tanto en los sectores feminizados como en los masculinizados (Blackburn & Jarman, 2006; Blackburn, et al., 2016). Aunque cada vez más mujeres ocupan puestos de supervisión, éstas siguen estando infrarrepresentadas en puestos de responsabilidad y suelen ser supervisoras de otras mujeres (OSHA, 2014). Una de las claves que limita el avance de las mujeres en la jerarquía, son los estereotipos existentes en torno a las mujeres, que las describen como pasivas y tímidas. Estos atributos se alejan de aquellos tradicionalmente vinculados a un liderazgo eficaz, los cuales suelen estar asociados a la masculinidad, (esto es, agresividad, competitividad y fortaleza). Sin embargo, diferentes hallazgos muestran que atributos considerados a menudo como femeninos son beneficiosos para el éxito de la organización (p.ej. integridad, diligencia, capacidad de colaboración y sinceridad) (He, et al., 2019; ILO, 2004).

Incluso aún teniendo el mismo empleo, las tareas realizadas por mujeres y hombres son, con frecuencia, distintas (OSHA, 2016). La segregación vertical se acentúa por el hecho que las mujeres realizan, en mayor medida, trabajo temporal y a tiempo parcial, dándose esto último no tanto de manera voluntaria sino para cumplir con compromisos de cuidado de otras personas (OIT, 2013; OSHA, 2014). Además, a menudo, quedan excluidas de las redes, tanto formales como informales, que son imprescindibles para la promoción profesional dentro de las empresas (OSHA, 2016).

Segregación de género y riesgos psicosociales

Las diferencias en la salud, el bienestar, y los riesgos laborales a los que están expuestas mujeres y hombres, vienen determinadas en gran medida por esta marcada segregación de género en el mercado laboral, tanto horizontal como vertical. Además de las diferencias de género en los riesgos laborales clásicos, la segregación laboral determina una exposición diferente de mujeres y hombres a los riesgos psicosociales. Los sectores feminizados suponen una mayor exposición a riesgos psicosociales por diferentes motivos (OSHA, 2016) que exponemos a continuación.

En primer lugar, las mujeres ocupan, con mayor frecuencia que los hombres, puestos

donde los métodos y el diseño del trabajo convierten la realización del trabajo en tareas rápidas, repetitivas, monótonas, y que se tienen que llevar a cabo siguiendo una pauta muy concreta. Además, las oportunidades para aprender y desarrollar sus habilidades son más bajas. Esto hace que los procesos de trabajo establecidos no dejen ningún margen de decisión, y las expone a una menor autonomía y control, a bajas posibilidades de desarrollo y a un bajo sentido o significado del trabajo. Todos estos factores están relacionados con mayores niveles de estrés, agotamiento, depresión y baja satisfacción (García-Mainar, et al., 2018; OSHA, 2014).

En segundo lugar, en estos puestos de trabajo, característicos de los sectores feminizados, los salarios son más bajos ya que las competencias necesarias son menos valoradas, la promoción profesional es muy limitada y la temporalidad es frecuente, por lo que las exposiciones a inseguridad y baja estima son más frecuentes (Alksnis, et al. 2008).

En tercer lugar, los sectores feminizados conllevan una mayor exposición a terceros (OIT, 2013) y, por tanto, un mayor trabajo emocional, es decir, más trabajo relacionado con el control y esfuerzo necesarios para expresar las emociones deseables por parte de la organización, cuando se interactúa con otras personas) (Morris y Feldman, 1996). Esta exposición a terceros también conlleva un riesgo superior a ser objeto de diferentes formas de violencia, como el acoso, el acoso sexual y la discriminación (OSHA, 2014).

Por último, hay que tener en cuenta que el diseño de los puestos de trabajo (en especial, la organización de horarios), siguen en su mayoría un modelo masculino de trabajador (Wright, 2014), donde predomina la disponibilidad constante por parte de las trabajadoras y trabajadores, sin tener en consideración las necesidades asociadas al ámbito familiar. La evidencia muestra que las mujeres continúan responsabilizándose y afrontando mayoritariamente el trabajo doméstico y familiar. Esto conlleva una doble carga de trabajo en comparación con los hombres. El impacto de esta doble jornada se acentúa cuando la organización del trabajo se configura en torno a horarios rígidos y jornadas partidas con más de una hora entre los turnos de mañana y tarde, y con exigencias en cambios en los turnos y días de la semana o prolongación de la jornada (Wright, 2014). En la medida en que las mujeres están infrarrepresentadas en los órganos de decisión, tienen menos posibilidades de participar en el diseño y

organización del trabajo y, por tanto, menos probabilidad de que se tengan en cuenta sus necesidades y preferencias.

En relación al impacto en la salud de las mujeres de ambos tipos de segregación, la exposición a estos factores de riesgos psicosociales se asocia a sufrir en mayor proporción que los hombres enfermedades como trastornos cardiovasculares, mentales (ansiedad y depresión), respiratorios, gastrointestinales, dermatológicos, músculo-esqueléticos, inmunitarios o endocrinos (Tophoven, et al, 2015). La falta de reconocimiento de muchas de estos trastornos como enfermedad profesional dificulta, a su vez, su visibilización en los registros oficiales.

Respecto a las bajas por enfermedad, los estudios indican que las mujeres tienen tasas de absentismo por enfermedad más altas que los hombres. Parece haber una asociación entre segregación ocupacional de género y el nivel de absentismo por enfermedad. Por ejemplo, algunos estudios indican que la mayor incidencia acumulada y duración de la baja por enfermedad debido a problemas musculoesqueléticos diagnosticados, se da entre mujeres (Melsom y Mastekaasa, 2017). Sin embargo, la menor tasa de incidencia y duración de la baja por enfermedad, para mujeres y hombres, se vio en la categoría de ocupaciones donde hay una integración de género. Por tanto, los resultados indican una fuerte asociación entre la segregación ocupacional de género y la ausencia por enfermedad (Leijon et al., 2004).

Segregación de género y riesgos ergonómicos e higiénicos

Además de los riesgos psicosociales, la presencia mayoritaria de las mujeres en las actividades de servicios, debido a la segregación horizontal de género, las expone a riesgos ergonómicos e higiénicos. Los riesgos más frecuentes asociados con estas actividades son los relacionados con posturas de trabajo inadecuadas, largas jornadas de pie, trabajos repetitivos y exposición a agentes químicos y biológicos. Asimismo, el nivel de exposición parece tener una fuerte asociación con la segregación vertical. Los trabajadores, en trabajos dominados por mujeres con bajo estatus o autoridad tienen niveles considerablemente más altos de exposición, en comparación con los trabajadores correspondientes con alto estatus o autoridad (Leijon et al., 2005).

En la actualidad, la pandemia de la Covid-19 ha agravado el impacto de la segregación en las mujeres, producido por la sobrecarga en el trabajo sanitario y en los servicios

esenciales, fruto de la segregación horizontal. La crisis generada por el brote de COVID-19 ha sido y es, ante todo, una crisis sanitaria que ha exigido, en primer lugar, la atención y cuidado de las personas infectadas. En España, las mujeres representan el 66% del personal sanitario, llegando al 84% en el caso de las enfermeras, y son mayoría en las residencias de mayores y en los servicios de limpieza hospitalaria y de residencias, lo que las ha situado en la primera línea de respuesta a la enfermedad. Las mujeres tienen, además, una mayor presencia en sectores como la educación, el comercio, o la alimentación, por lo que se han visto más expuestas al contagio. Asimismo, y como consecuencia de la segregación vertical, al estar infrarrepresentadas en los órganos de decisión de las organizaciones, las mujeres no han podido participar en el diseño de los planes de contingencia para dar respuesta a la crisis, de forma que no se han podido tener en cuenta sus necesidades (Llorente-Heras, 2020).

Pautas de diagnóstico e intervención en riesgos laborales desde la perspectiva de la segregación de género

Dado que la segregación laboral de género comporta que la exposición a los riesgos laborales sea diferente para mujeres y hombres, una intervención preventiva eficaz en el ámbito de la salud laboral debe incorporar la perspectiva de género. En este sentido, para evaluar la salud laboral y los riesgos a los que se exponen trabajadoras y trabajadores de una manera sensible a los efectos de la segregación, resulta importante conocer el sector y el grupo ocupacional al que pertenecen, el salario que perciben, controlando las horas trabajadas (OSHA, 2014), las potenciales situaciones de violencia que afrontan (acoso laboral, acoso sexual, discriminación), si sus tareas implican trabajo emocional (Morris y Feldman, 1996), y el grado de monotonía, autonomía y control que supone su labor.

Asimismo, las medidas preventivas no deben estar exclusivamente centradas en los accidentes de trabajo sino que tienen que ir dirigidas a reducir la exposición a los diferentes tipos de factores de riesgo, tanto psicosociales como ergonómicos e higiénicos. Una adecuada organización del tiempo de trabajo, que permita la compatibilidad de la vida laboral y personal y facilite la corresponsabilidad, favorece la reducción de los riesgos psicosociales. Para reducir los factores de riesgo ergonómico a los que están expuestas las mujeres sería necesario un diseño adecuado de los puestos de trabajo, adaptando el puesto a cada persona y realizando una correcta organización

de las tareas.

Paralelamente, y con el fin de reducir la segregación de género en el trabajo, es necesario adoptar y hacer visible a todos los empleados/as las políticas de igualdad de género y el compromiso organizacional, así como facilitar la participación de la mujer en el desarrollo de estas políticas. Las políticas deben verse evidenciadas en las prácticas organizacionales, para hacer patente el compromiso de la organización con la igualdad de género. Reflejar estas políticas de igualdad en prácticas como la selección de personal, la formación y el desarrollo, la promoción o la comunicación dentro de las organizaciones es una acción básica en la lucha contra la segregación.

Asimismo, es importante identificar y calcular indicadores claves en términos de segregación que faciliten la evaluación de la efectividad de las políticas y las prácticas de igualdad de género adoptadas, como por ejemplo, número de hombres y mujeres presentes a distintos niveles jerárquicos o en distintas áreas organizacionales, niveles de abandono de las mujeres, etc.

Finalmente, es necesario garantizar la presencia de mujeres en la toma de decisiones. La presencia de mujeres en la primera línea de respuesta y en la toma de decisiones de las empresas resulta primordial para diseñar estrategias más completas y eficaces que incorporen distintos puntos de vista, necesidades y prioridades.

Los planes de prevención de riesgos laborales y las políticas de igualdad de género son dos herramientas básicas para garantizar la perspectiva de género en el ámbito de la salud laboral y reducir el impacto de la segregación de género. La coordinación e interrelación entre ambos es necesaria para la buena gestión de la salud laboral de mujeres y hombres.

Referencias

- 1) Alksnis, C., Desmarais, S., & Curtis, J. (2008). Workforce Segregation and the Gender Wage Gap: Is "Women's" Work Valued as Highly as "Men's"? *Journal of Applied Social Psychology*, 38(6), 1416-1441.
- 2) Blackburn, R. M., & Jarman, J. (2006). Gendered occupations: Exploring the relationship between gender segregation and inequality. *International Sociology*, 21(2), 289-315.

- 3) Blackburn, R. M., Browne, J., Brooks, B., & Jarman, J. (2002). Explaining gender segregation. *The British Journal of Sociology*, 53(4), 513-536.
- 4) Blackburn, R. M., Jarman, J., & Racko, G. (2016). Understanding gender inequality in employment and retirement. *Contemporary Social Science*, 11(2-3), 238-252.
- 5) Comisión Europea (2014). A new method to understand occupational gender segregation in European labour markets. <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/2f6938c9-86ac-11e5-b8b7-01aa75ed71a1>
- 6) García-Mainar, I., Montuenga, V. M., & García-Martín, G. (2018). Occupational prestige and gender-occupational segregation. *Work, Employment and Society*, 32(2), 348-367.
- 7) He, J. C., Kang, S. K., Tse, K., & Toh, S. M. (2019). Stereotypes at work: Occupational stereotypes predict race and gender segregation in the workforce. *Journal of Vocational Behavior*, 115, 103318
- 8) International Labor Organization (2004). *Global Employment Trends*. Geneva: International Labour Office.
- 9) Jarman, J., Blackburn, R. M., & Racko, G. (2012). The dimensions of occupational gender segregation in industrial countries. *Sociology*, 46(6), 1003-1019.
- 10) Leijon, M., Hensing, G., & Alexanderson, K. (2004). Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2), 94-101.
- 11) Leijon, O., Bernmark, E., Karlqvist, L., & Härenstam, A. (2005). Awkward work postures: association with occupational gender segregation. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(5), 381-393.
- 12) Llorente Heras, R. (2020). Impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social (IAES); Universidad de Alcalá
- 13)
- 14) Melsom, A. M., & Mastekaasa, A. (2018). Gender, occupational gender segregation and sickness absence: Longitudinal evidence. *Acta Sociologica*, 61(3), 227-245.
- 15) Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21(4), 986-1010.

- 16) Organización Internacional del Trabajo (2013). 10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice – Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health. https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_324653/lang--en/index.htm
- 17) Organización Internacional del Trabajo (2016). Gender identity and sexual orientation: promoting rights, diversity and equality in the world of work. https://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_481575/lang--en/index.htm.
- 18) Organización Mundial de la Salud (2011). Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres. Guía para empleadores y representantes de los trabajadores. https://www.who.int/phe/publications/Protecting_Workers_Health_Series_No_11/es/
- 19) OSHA, Agencia europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2014). New risks and trends in the safety and health of women at work. European Risk Observatory: A summary of an agency report. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-and-trends-in-the-safety-and-health-of-women-at-work>
- 20) OSHA, Agencia europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2016). Women and the ageing workforce: Implications for Occupational Safety and Health. A research review. <https://osha.europa.eu/en/publications/women-and-ageing-workforce-implications-occupational-safety-and-health-research-review/view>
- 21) Tassier, T. (2008). Referral hiring and gender segregation in the workplace. *Eastern Economic Journal*, 34(4), 429-440.
- 22) Tophoven, S., Du Prel, J. B., Peter, R., & Kretschmer, V. (2015). Working in gender-dominated occupations and depressive symptoms: findings from the two age cohorts of the lidA study. *Journal for Labour Market Research*, 48(3), 247-262.
- 23) Wright, T. (2014). Gender, sexuality and male-dominated work: the intersection of long-hours working and domestic life. *Work, Employment and Society*, 28(6), 985-1002.

Referencia del artículo

Gamero, N., L., Arenas, A., Corlett, S., Di Marco, D., Elgoibar, P., Lopez-Cabrera, R., Martínez-Corts, I., Medina F.J., Munduate, L., y Sanclemente, F. (2021). **Segregación de Género y Salud Laboral**. Publicaciones online del Observatorio de Salud Laboral desde la Perspectiva de Género (IAPRL). Junta de Andalucía <https://www.juntadeandalucia.es/empleoformacionytrabajoautonomo/webiaprl/laboratorios/laogen/publicaciones>