

Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud

Lucía Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona

Universitat Pompeu Fabra

Resumen

El objetivo de este estudio es proporcionar un marco para la investigación sobre trabajo, género y salud que combina el paradigma clásico de la investigación en riesgos laborales con la consideración del trabajo como un determinante social de la salud en un análisis de desigualdades de género que incorpora otros ejes de desigualdad tanto individuales – clase social – como contextuales – tipología de estados de bienestar. Se señalan las limitaciones de la investigación tradicional en salud laboral desde una perspectiva de género. También se describe la investigación sobre el trabajo como determinante social de la salud y sus limitaciones desde la perspectiva de género. La investigación tradicional en salud laboral ha prestado menos atención a los problemas de las mujeres. Por otro lado, la investigación sobre las desigualdades de género en la salud relacionadas con el trabajo rara vez ha considerado la clase social de las mujeres o el impacto de las exigencias familiares en la salud de los hombres. Además, hay poca investigación comparada entre países con diferentes políticas de mercado laboral, familia y género. En el futuro, la investigación tradicional en salud laboral debe considerar el papel del sexo y del género en el análisis de los riesgos laborales. Además, se tendrían que utilizar variables que capten los entornos específicos de trabajo, diversos indicadores de salud y de hábitos relacionados con la salud. El análisis del trabajo como determinante social de la salud desde una perspectiva de género debería tener en cuenta las complejas interacciones entre el género, los roles familiares, la situación laboral y otros ejes individuales de desigualdad, así como las tipologías de estado de bienestar.

Palabras clave

Salud, género, salud laboral, factores sociales, características familiares

Códigos JEL: J16, J71, I1, B41

Fecha de recepción del original: 13 de enero de 2014; versión definitiva: 5 de octubre de 2014

Lucía Artazcoz, Agència de Salut Pública de Barcelona,

Pl. Lesseps 1, 08023 Barcelona

E-mail: lartazco@aspb.cat

METHODOLOGICAL ISSUES IN RESEARCH ON WORK, GENDER AND HEALTH

Abstract

The aim of this study is to provide a framework for the research on work, gender and health, combining the classic paradigm of occupational hazards research with the consideration of work as a social determinant of health. We analyze gender inequalities taking into account other axes of inequality: individual ones like social class, and contextual ones like the typology of welfare states. This paper identifies some limitations of traditional research on occupational health from a gender perspective. It also describes the research on work as a social determinant of health and its limitations from a gender point of view. The traditional research on occupational health has paid less attention to the problems of women. On the other hand, research on work-related gender inequalities in health has rarely considered both social class among women, and the impact of family demands on the health of men. Moreover, there is little comparative research between countries with different labor market, family and gender policies. In future research on traditional occupational health, the role of sex and gender should be considered in the analysis of occupational risks. Variables should be used to capture specific work environments as well as several health and health-related behaviors indicators. The analysis of work as a social determinant of health from a gender perspective should take into account the complex interactions between gender, family roles, employment status, as well as other individual axes of inequality, and the welfare state typologies.

Key Words

Health, gender, occupational health, social factors, family characteristics

JEL codes: J16, J71, I1, B41

Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud

Lucía Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona
Universitat Pompeu Fabra

Introducción¹

La investigación sobre el impacto del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas. Por un lado, la salud laboral tradicional ha centrado su atención en los riesgos de seguridad e higiene y en el trabajo manual propio de los hombres, en el que estos riesgos están más presentes. Pese a que hace décadas que las mujeres se ha incorporado al mercado laboral, hay un insuficiente desarrollo de la salud laboral referida al sexo femenino (Messing et al., 2003). Afortunadamente la situación empieza a cambiar. Los extraordinarios cambios en la producción, en la organización del trabajo y en el mercado laboral que han hecho ampliar el campo de investigación a los riesgos ergonómicos y psicosociales, han supuesto también un incremento del interés por dos grupos tradicionalmente olvidados, las mujeres y los trabajadores más cualificados.

Sin embargo, la relación entre el trabajo y la salud va más allá de la exposición a riesgos laborales relacionados con la realización de unas tareas, ya que el trabajo constituye un eje fundamental en la vida de las personas que proporciona estatus, reconocimiento, recursos y oportunidades, y por tanto es un determinante social de la salud y uno de los principales mecanismos a través de los que operan las desigualdades en la salud (Dalghren y Whitehead, 1991). Así, en la investigación sobre las desigualdades en salud a menudo se considera el trabajo como un elemento esencial de marcos conceptuales que difieren según el sexo. Mientras que entre los hombres el análisis se ha centrado en la clase social, a menudo medida a través de la ocupación, entre las mujeres se ha visto dominada por el marco de roles que hace hincapié en los roles de las mujeres como responsables del trabajo doméstico y familiar – papeles de esposa y de madre –, con el trabajo remunerado visto como una función adicional (Sorensen y Verbrugge, 1987). El predominio del marco de roles en el estudio de los problemas de salud relacionados con el trabajo entre las mujeres contrasta con

la escasa atención prestada a los roles familiares, y las exigencias asociadas, y su influencia en la salud de los hombres. Por otra parte, los estudios sobre los determinantes sociales de la salud de las mujeres han descuidado, a menudo, la clase social.

Estos diferentes enfoques son consistentes con la división sexual del trabajo por la que se espera que los hombres en edad de trabajar se dediquen principalmente a su vida profesional, mientras que se espera que las mujeres, especialmente las que viven en pareja y / o son madres, se dediquen principalmente al trabajo doméstico y familiar no remunerado. Esta división sexual del trabajo impregna todos los niveles y esferas de la sociedad, incluso la investigación epidemiológica (Artazcoz et al., 2007a).

La perspectiva de género en la investigación en salud pública considera tres elementos centrales: 1) la socialización de género, 2) las desigualdades de género en el poder y el acceso a los recursos y 3) la división sexual del trabajo. La socialización de género comienza desde el nacimiento y se extiende a todos los ámbitos como la familia, las instituciones, las religiones, la comunidad, la escuela, los medios de comunicación y el Estado. Además, existe una percepción tácita acerca de que lo que hacen los varones es mejor y más valioso que lo que hacen las mujeres. El mayor acceso al control de los recursos hace que, en general, los varones tengan más poder que las mujeres y configuren el espacio social de acuerdo con sus valores. La división sexual del trabajo atribuye a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y familiar y a los hombres un mayor protagonismo en el trabajo remunerado (Doyal, 2000). Por otro lado, para entender las diferencias en los patrones de salud entre mujeres y hombres, deben contemplarse las diferencias de sexo, es decir, las diferencias en la salud que se explican por razones biológicas.

El objetivo de este estudio es proporcionar un marco para la investigación sobre el trabajo y la salud con perspectiva de género que combina el abordaje tradicional basado en la exposición a riesgos laborales, con la consideración del trabajo en una perspectiva estructural centrado en las desigualdades de género en la salud relacionadas con el trabajo. La división sexual del trabajo es el punto de partida para el análisis de los dos paradigmas. Posteriormente se presenta una reflexión acerca de la investigación tradicional en salud laboral, centra-

¹ Este estudio fue apoyado por el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea Séptimo (7PM / 2007-2013, acuerdo de subvención número 278173): "Evaluating the impact of structural policies on health inequalities and their social determinants y fostering change" (SOPHIE) Project".

da en la exposición a riesgos del trabajo remunerado, las brechas en el análisis de la salud de las mujeres y en la integración de una perspectiva de género. Después, se analiza la influencia del trabajo como generador de desigualdades de género en la salud. A lo largo del artículo se identifican las limitaciones de la investigación previa y algunos temas que requieren más estudio. Por último, se proponen algunos retos para la investigación futura sobre trabajo y salud. La mayor parte del contenido es aplicable a estudios cuantitativos y cualitativos; sin embargo, algunas secciones se refieren exclusivamente a la investigación epidemiológica.

La división sexual del trabajo

Como se ha señalado, la división sexual del trabajo atribuye a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y familiar y a los hombres un mayor protagonismo en el trabajo remunerado. Además, existe una nueva división sexual del trabajo en cada una de estas dos esferas. Así, existe una segregación horizontal del mercado de trabajo, con sectores masculinizados y otros feminizados, y las mujeres concentradas en un menor abanico de ocupaciones, en las que, además, los salarios son más bajos. La segregación vertical del mercado laboral, es decir, la concentración de mujeres en las categorías inferiores de la jerarquía profesional, refuerza los efectos de la segregación horizontal y contribuye a los bajos salarios de las mujeres (Messing et al., 1994; McDiarmid et al., 2000). Uno de los factores que limita la progresión de las mujeres en la jerarquía está relacionado con los estereotipos existentes que describen a las mujeres como pasivas y tímidas, lejos del estereotipo de liderazgo que considera como cualidades imprescindibles para el éxito las asociadas a la "masculinidad" (agresividad, competitividad, capacidad de decisión y fortaleza). Sin embargo, existe evidencia de que cualidades que han sido consideradas tradicionalmente como "femeninas" (integridad, diligencia, capacidad de colaboración y sinceridad) son beneficiosas para las organizaciones. Por otro lado, la falta de políticas de conciliación de la vida laboral y familiar o políticas que parten del modelo de familia tradicional son de los factores más importantes para la limitación de la carrera profesional de las mujeres (Artazcoz, 2005). Poco se sabe acerca de las razones por las que, incluso cuando los niveles de educación de las mujeres en los países desarrollados es similar o incluso superior al de los hombres, las mujeres se concentran en las ocupaciones menos cualificadas, con más factores de riesgo psicosocial, acerca de las causas del "techo de cristal" y los "suelos pegajosos" (Colomer y Peiró, 2002) o de la discriminación de género en el mercado laboral (Krieger, 1999).

Los estudios sobre la segregación de género en el mercado laboral, las diferencias de género en los salarios y en el estatus laboral han supuesto una enorme contribución a la comprensión de las desigualdades de género pero los procesos de estratificación de género dentro de las familias han sido menos estudiados. Sin embargo, la división sexual del trabajo doméstico y familiar, que es un ejemplo de la estratificación de género en las familias, no se ha integrado plenamente en el

marco más amplio del análisis de las desigualdades de género. El aumento del nivel de estudios de las mujeres y de la tasa de actividad femenina en el mercado laboral no se ha traducido en cambios comparables de igualdad en la división sexual del trabajo en el hogar (Geist, 2005; Iversen y Rosenbluth, 2006). Por otro lado, es importante señalar que los estudios previos sobre las desigualdades de género en el ámbito privado se han centrado en la división del trabajo doméstico entre hombres y mujeres pero dejando de lado el papel de sostén económico de la familia. En la mayoría de los países, los hombres continúan siendo los principales contribuyentes a los ingresos del hogar y, aunque existen diferencias en la magnitud de estas diferencias de género, están presentes en todos los países europeos (Pfau-Effinger, 2004; Pfau-Effinger, 2003).

Marco de análisis para la investigación en trabajo, género y salud

El marco de análisis que se propone para la investigación en trabajo, género y salud parte de la contribución de tres paradigmas: 1) la consideración del trabajo remunerado como fuente de exposición a factores de riesgo de diferente naturaleza; 2) el trabajo como un concepto que considera tanto el remunerado como el doméstico y familiar y su papel como determinante social de la salud y 3) la incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud. Además, se propone considerar la intersección del género con la posición socioeconómica y con los tipos de estado de bienestar (Hankivsky y Cormier, 2011; Hankivsky y Christoffersen, 2008; Nash, 2008). En el Cuadro 1 se muestran los elementos de este marco de análisis.

Cuadro 1. Elementos del marco de análisis para incorporar la perspectiva de género en la investigación sobre salud y trabajo

Diferencias individuales entre mujeres y hombres
• Diferencias biológicas (diferencias de sexo)
• Diferencias psicológicas (relacionadas con la socialización)
División sexual del trabajo
• Mercado laboral
* Segregación horizontal
* Segregación vertical (relacionada con las desigualdades de género en el poder)
• Esfera doméstica y familiar
* Responsabilidad del trabajo doméstico y familiar
* Responsabilidad en el sustento económico del hogar
Otros ejes individuales de desigualdad
• Posición socioeconómica
• Inmigración/país de origen
• Edad
Contexto: Tipología de estado de bienestar

Aspectos metodológicos generales

La investigación sobre género, salud y trabajo requiere un enfoque comparativo que incluya mujeres y hombres en el análisis. Este enfoque de género significa tener en cuenta la división sexual del trabajo, así como los posibles significados diferentes de los roles para hombres y mujeres y el papel de otras variables individuales de interacción o de los contextos sociales, en particular las tipologías de estados de bienestar. Este marco debe reconocer que las relaciones sociales de género operan de forma compleja, de manera que las mismas circunstancias pueden afectar de manera similar a hombres y mujeres o, por el contrario, pueden producir diferentes efectos en la salud de los hombres y las mujeres, por ejemplo, debido a la interacción con otros factores o por los diferentes significados de estas circunstancias dependiendo del sexo. También es importante construir una consideración explícita de las diferencias dentro de cada uno de los dos sexos (Artazcoz et al., 2007a). Así, la investigación sobre género y salud puede no ser comparativa en todos los casos, ya que hay ocasiones en que conviene centrarse en las diferencias dentro del grupo de las mujeres o de los hombres para poner de relieve las formas complejas en que las relaciones sociales de género pueden afectar la salud de los hombres y de las mujeres (Annandale y Hunt, 2000). Por otra parte, es necesaria la consideración del papel tanto del sexo – diferencias biológicas – como del género – construcción social del sexo (Doyal, 2001).

Debido a la división sexual del trabajo, mujeres y hombres ocupan diferentes posiciones sociales y por tanto están expuestos a diferentes riesgos para la salud. Las diferencias biológicas explican la respuesta distinta a iguales exposiciones de riesgos del trabajo según el sexo. Además, existen diferencias relacionadas con la socialización de género que configuran distintos valores, actitudes y conductas y que pueden ser responsables de que una misma exposición de naturaleza psicosocial sea valorada de manera distinta por los dos sexos, o que reaccionen de manera diferente. Por ejemplo, es probable que perder el empleo tenga mayor impacto sobre la salud mental de los hombres y que mujeres y hombres reaccionen de manera distinta para afrontar esta situación. El consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento es más frecuente en el sexo masculino; el de psicofármacos en el femenino.

Todo lo anterior significa que en la investigación sobre trabajo, género y salud, el sexo es una variable de interacción, es decir, que los determinantes de la salud relacionados con el trabajo son diferentes para hombres y mujeres. En los estudios epidemiológicos, desde el punto de vista estadístico, para mostrar la interacción entre diferentes variables pueden seguirse dos estrategias. Se pueden crear modelos estadísticos con términos de interacción o desagregar los modelos según las variables de interacción, en nuestro caso particularmente el sexo. Aunque la primera posición puede ser defendida por motivos estadísticos, se pierde una parte importante de la riqueza teórica y la interpretación intuitiva. Se ha señalado que el segundo enfoque, que requiere muestras grandes, es más fácil de entender y preferible cuando hay varios términos de interacción o términos con más de dos variables de interac-

ción (Kunkel y Atchley, 1995). Además, cuando varios términos de interacción comparten la misma variable (sexo) debido a que los dos grupos son muy diferentes, las pruebas habituales de interacción puede conducir a resultados erróneos debido a la multicolinealidad (Allison, 1999). Muchos estudios no consideran el sexo como variable de interacción sino como variable de ajuste de manera que asumen que la situación es la misma para hombres y mujeres. Los resultados así presentados son incorrectos, y lo son para los dos sexos, no corresponden ni a los hombres ni a las mujeres.

Investigación clásica sobre riesgos del trabajo, sexo y género

Tradicionalmente, la investigación en salud laboral se ha centrado en los riesgos de seguridad e higiene y, más recientemente, en los ergonómicos y psicosociales del trabajo remunerado. Los primeros estudios partían de la premisa de que los trabajadores eran hombres. Como consecuencia de ello, los problemas de salud laboral de las mujeres han recibido menos atención que los de los hombres (Messing y Stellman, 2006; Niedhammer et al., 2000). Por ejemplo, en muchos casos los estándares de seguridad se han basado exclusivamente en estudios realizados en muestras de hombres y los resultados se han extrapolado a las mujeres. En el caso de los riesgos ergonómicos, mientras que en sectores tradicionalmente feminizados la exposición a riesgos como levantar objetos pesados es más baja que en sectores masculinizados, los movimientos repetitivos, que son mucho más frecuentes en los puestos de trabajo de las mujeres, a menudo no se tienen en cuenta, ya sea en la investigación o en las estrategias de prevención (Punnett y Bergqvist, 1999; Messing et al., 1993). Desde el punto de vista metodológico debe tenerse en cuenta también que, incluso dentro de un mismo puesto de trabajo, los hombres y las mujeres pueden tener asignadas diferentes tareas y estar expuestos, por lo tanto, a diferentes condiciones de trabajo. Por ejemplo, las mujeres que trabajan en el sector de ventas al por menor en Europa a menudo venden cosméticos y zapatos, mientras que los hombres con más frecuencia venden automóviles y equipos electrónicos (Messing et al., 1998). Los estudios que atribuyen los riesgos laborales a través del código de ocupación pueden tener serias limitaciones. Cuando los códigos de ocupación son muy detallados, las diferencias entre las tareas de las mujeres y las de los hombres se hacen evidentes. Sin embargo, debido a las limitaciones del tamaño de las muestras muchos estudios epidemiológicos sobre salud laboral asignan las exposiciones de acuerdo a la codificación de la ocupación con uno o dos dígitos, por lo que pueden tener sesgos de clasificación al atribuir exposiciones similares a personas que realmente llevan a cabo diferentes tareas (Messing et al., 1994). El Cuadro 2 presenta algunas de las limitaciones más importantes de la investigación en la salud laboral tradicional desde una perspectiva de género.

Cuadro 2. Limitaciones en la investigación de la investigación sobre las diferencias y desigualdades en la asociación entre los riesgos laborales y la salud en hombres y mujeres

- Poca atención a los problemas de salud laboral más frecuentes entre las mujeres
- Uso de marcos de análisis basados en ocupaciones tradicionalmente masculinizadas
- Falta de consideración de las diferencias biológicas y de género en las exposiciones y en la respuesta a los riesgos laborales
- Escasez de estudios acerca de las causas y consecuencias de la segregación de género y la discriminación en el mercado de trabajo
- Escasez de estudios sobre los factores de riesgo del trabajo doméstico y los problemas de salud asociados

Diferencias de sexo en la exposición a riesgos laborales

Además de las diferencias en la salud reproductiva, hay diferencias de sexo en la constitución ósea, la grasa, el metabolismo, el sistema inmunológico, la función cardiovascular y la endocrina, pero poco se sabe acerca de los implicaciones de estas diferencias para los efectos de diversas exposiciones laborales (Messing y Ostlin, 2006). Por ejemplo, en un brote de lipoatrofia semicircular que afectó a más de 200 trabajadores de una empresa de Barcelona en 2007, la incidencia fue muy superior en mujeres, lo que se explicaba por diferencias físicas entre mujeres y hombres que hacen que una misma exposición tenga distinto impacto en la salud. La lipoatrofia semicircular es una lesión rara caracterizada por una depresión semicircular que aparece con mayor frecuencia en la parte anterior o anterolateral del muslo, es debida a la atrofia local del tejido graso y puede ser unilateral o bilateral. La causa de la lipoatrofia semicircular es desconocida, aunque la hipótesis más aceptada hasta ahora en el caso de la etiología laboral es la que relaciona la lesión con microtraumas repetidos contra los bordes de las mesas. En el brote de Barcelona, como en otros descritos anteriormente en el medio laboral, en la mayoría de los casos la altura de la lesión, medida desde el suelo y teniendo en cuenta el tacón habitual, coincidía con la altura estándar de las mesas de trabajo. La menor estatura media de las mujeres y la mayor cantidad de grasa en los muslos explicaba la mayor incidencia de lipoatrofia semicircular en el sexo femenino por el apoyo de los muslos contra los bordes de las mesas de trabajo cuando los trabajadores y trabajadoras estaban de pie (Pañella et al., 2008).

Diferencias de género en la exposición a riesgos laborales

La perspectiva de género no se ha tenido en cuenta en la investigación sobre los accidentes laborales, que son mucho más frecuentes entre los hombres. Esta mayor frecuencia se explica fundamentalmente por la segregación de género del mercado laboral por la que los hombres se concentran en sectores con mayor riesgo de accidentes como la pesca, la construcción o la industria (White et al., 2011; Lim et al., 2013). Sin embargo, poco se sabe sobre el papel del género en el riesgo de accidentes laborales. El interés por la relación entre la masculinidad y la salud va en aumento (Schofield et al., 2000; Moynihan, 1998). Se ha señalado que el desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional exige, por lo general, la adopción de conductas de riesgo para la salud, la apariencia de ser fuerte y robusto o conductas agresivas y de dominancia física (Doyal, 2001). Además, la clase social puede influir sobre la expresión de este estereotipo de masculinidad. Por ejemplo, es probable que algunos trabajadores manuales para mostrar su masculinidad hagan visible su fuerza física, no utilicen equipos de protección individual y muestren su resistencia a entornos físicos duros. Por otro lado, los trabajadores más cualificados que trabajan incansablemente, niegan su estrés y no atienden sus necesidades físicas de un número suficiente de horas de sueño y una dieta saludable, a menudo lo hacen porque que esperan ser recompensados con dinero, poder, posición y prestigio (Courtenay, 2000; Courtenay y Keeling, 2000). Es muy probable que estos comportamientos masculinos estereotipados estén relacionados con problemas de salud laboral entre los hombres.

Los efectos crónicos del trabajo a turnos incluyen un aumento de la prevalencia de problemas intestinales, metabólicos y cardiovasculares y pueden incluso aumentar el riesgo de varios tipos de cáncer (Akerstedt, 1998; Knutsson, 2003). Sin embargo, los estudios sobre turnos de trabajo y salud no suelen separar el análisis por sexo, de manera que asumen que los efectos son similares para mujeres y hombres. Además de los problemas de salud, los trabajadores a turnos con frecuencia no son capaces de llevar una vida social estable, lo que a su vez se traduce en problemas psicosociales, marginación social y aumento de divorcios (Costa, 2003). Sin embargo, muy pocos estudios han investigado cómo los turnos afectan a la vida familiar (Thompson, 2009). Esta experiencia, obviamente, también depende del rol de las personas en la familia, típicamente marcado por la división sexual del trabajo (Kantermann et al., 2010).

Los estudios sobre la duración de los horarios de trabajo y el estado de salud son menos numerosos que los relacionados con los turnos. Las largas jornadas de trabajo se han asociado con hipertensión, enfermedades cardiovasculares, pocas horas de sueño, fatiga, estrés, depresión, problemas musculoesqueléticos, infecciones crónicas, diabetes, mal estado de salud general, hábitos insaludables, mortalidad general y accidentes de trabajo (Harrington, 1994; Spurgeon et al., 1997). Sin embargo, muchos estudios sobre este tema han analizado muestras compuestas exclusivamente por hombres, en los que las jornadas largas son más frecuentes. En ocasiones, aun analizando muestras que incluyen hombres y mujeres, el

análisis no se ha separado por sexo, asumiendo que las largas jornadas tienen el mismo significado y el mismo impacto en ambos sexos. Por otro lado, en general, la investigación sobre la relación entre las largas jornadas de trabajo y la salud las ha considerado únicamente como un factor de riesgo laboral y no como un determinante social de la salud incluido en marcos conceptuales complejos. Así, se ha sugerido que la asociación entre horas de trabajo y salud está mediada por el estrés, de manera que las largas jornadas actúan tanto directamente como un factor de estrés aumentando las exigencias e indirectamente aumentando el tiempo que el trabajador está expuesto a otros fuentes de estrés en el trabajo (Spurgeon et al., 1997). Sin embargo, estudios recientes, señalan la importancia de incorporar la perspectiva de género y considerar la interacción entre el trabajo remunerado y la esfera doméstica y familiar para entender las razones de estos largos horarios, su carácter voluntario o no y, en consecuencia, su influencia sobre el estado de salud (Artazcoz et al., 2009; Artazcoz et al., 2007b).

Diferencias de género en la exposición a riesgos del trabajo doméstico y familiar

Al igual que en el trabajo remunerado, el trabajo doméstico y familiar implica la exposición a riesgos de seguridad, higiene, ergonomía y de naturaleza psicosocial. No existen sistemas de información de los accidentes y las enfermedades consecuencia del trabajo doméstico y familiar, que son mucho más frecuentes entre las mujeres, y por tanto no son visibilizados (Messing y Ostlin, 2006). El trabajo doméstico y familiar puede ser una fuente de exposición a productos químicos peligrosos. Por ejemplo, está documentada la asociación entre el trabajo de limpieza y el asma (Medina-Ramón et al., 2003), pero son necesarios más estudios sobre los riesgos potenciales relacionados con el uso de los productos de limpieza, reparación o jardinería en el ámbito doméstico.

El trabajo doméstico y familiar implica también la exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales como los relacionados con el cuidado informal en familias con personas con dependencia, lo que supone esfuerzo físico y mental y, con frecuencia, grandes exigencias emocionales. Muchos estudios han analizado la asociación entre el cuidado informal y el estado de salud entre las personas cuidadoras (García et al., 2004). Sin embargo, la mayor parte de ellos analizan muestras compuestas exclusivamente por mujeres. Aunque estas actividades se llevan a cabo principalmente por mujeres, también hay hombres que las hacen, y se espera que su número aumente progresivamente. Además, debido a las diferencias de género en la naturaleza del cuidado informal, es probable que su impacto en la salud varíe según el sexo (Larrañaga et al., 2008).

5. El trabajo como determinante social de la salud

Como se ha señalado, el trabajo es también un determinante social de la salud. Además de ser una fuente potencial de exposición a riesgos físicos, de higiene, ergonómicos y psi-

cosociales, el trabajo es uno de los principales ejes que configura la vida y la identidad, y su significado es diferente según el sexo. Hoy en día, en un contexto de transición de los roles de género tradicionales a posiciones más igualitarias, el empleo es cada vez más importante en la vida de las mujeres, mientras que se espera que los roles familiares lo sean en la de los hombres. Sin embargo, las diferencias y las desigualdades de género en el trabajo remunerado y no remunerado persisten, y el significado de ser padre o madre, vivir en pareja o no y de tener un empleo remunerado o no, sigue siendo diferente para hombres y mujeres. Además, existen diferencias según la clase social y la tipología de estado de bienestar.

Limitaciones metodológicas de la investigación previa

La limitación más grave de la investigación sobre las desigualdades de género en la salud relacionadas con el trabajo es la frecuente falta de marcos conceptuales. A menudo se identifica una variable resultado y una predictora – en el peor de los casos se buscan “factores asociados” en una suerte de “fishing expedition” - y se ajustan los modelos explicativos por muchas variables de naturaleza social, da la impresión de que sencillamente porque “están ahí”. Es necesario el desarrollo de modelos teóricos adaptados a la pregunta de investigación – las diversas preguntas de investigación no son contestadas por los mismos modelos – hipótesis claras y una metodología que dé respuesta al modelo conceptual (Kaplan, 2004; Kawachi, 2002). Esto incluye la cuidadosa consideración de las variables independientes como confusoras, mediadoras o de interacción. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que las variables de confusión deben estar asociadas tanto con la variable resultado o dependiente, como con la predictora, no solo con una de las dos. Además, no deben situarse en el camino causal, ya que en tal caso serían variables mediadoras. La respuesta a la diferencia entre variables de confusión y mediadoras no la da la estadística sino el modelo conceptual. Y es que debe tenerse en cuenta que la realidad se configura a través de distintos niveles, de manera que hay variables a nivel distal que determinan otras más proximales. El análisis jerárquico puede servir para abordar la mediación (Susser y Susser, 1996; Victora et al., 1997). Por ejemplo, está ampliamente documentado que las personas casadas o que viven en pareja tienen mejor estado de salud que las solteras, separadas, divorciadas o viudas. Uno de los mecanismos para explicar este hallazgo son los estilos de vida más saludables entre las personas que viven en pareja. Si en un modelo estadístico que busca analizar la relación entre el estado civil o de convivencia se ajusta por los estilos de vida es posible que desaparezca la asociación entre la variable predictora y el estado de salud, pero no puede interpretarse erróneamente que lo importante son los estilos de vida y no el estado de convivencia, ya que este determina los primeros. Antes ya se ha hablado del papel de interacción de la variable sexo, igual que lo puede tener la clase social (Ruiz-Cantero et al., 2007) o la situación laboral (Artazcoz et al., 2004c).

Otra limitación es la falta de consideración de la intersección del género con otros ejes de desigualdad, como la po-

sición socioeconómica, la etnia o la inmigración, así como la caracterización insuficiente o inadecuada de las exigencias de la esfera doméstica y familiar. Por ejemplo, como se comentará después, las horas de trabajo doméstico no parecen ser un indicador válido de la carga de trabajo doméstico. Asimismo, estudios previos no han considerado las exigencias derivadas del hecho de ser la persona sustentadora económica principal del hogar.

Muchos estudios de diseño transversal no han tenido en cuenta la existencia de posibles sesgos de causalidad inversa, es decir, que no es la variable predictora la que conduce a la variable resultado, sino que la variable resultado determina la supuesta variable predictora. Por ejemplo, algunas amas de casa o personas desempleadas podrían estar en esta situación laboral porque su mal estado de salud no les permite encontrar un trabajo remunerado o porque lo han perdido debido a su salud. Algunos estudios han observado resultados paradójicos en la asociación entre el cuidado informal y el estado de salud, de manera que, en contra de la hipótesis inicial, las personas cuidadoras tenían mejor estado de salud que las que no lo eran, cosa que se explica porque ser la principal responsable del cuidado de una persona con dependencia requiere tener buen estado de salud y no porque el cuidado informal mejore la salud de las personas cuidadoras (Rueda y Artazcoz, 2009).

Otro sesgo frecuente se deriva de la medida de la variable resultado y de la predictora a través de preguntas con un alto grado de subjetividad, de manera que las dos variables comparten la varianza relacionada con el tipo de afectividad y por tanto se sobreestiman las asociaciones. Un ejemplo de este sesgo lo constituye el análisis de la asociación entre la percepción de carga de trabajo y la salud mental medidas ambas a través de la autopercepción de las personas encuestadas.

Finalmente, hay que tener en cuenta que las desigualdades sociales en la salud, y las de género en particular, pueden variar en el tiempo y según el territorio, de manera que es necesario comparar la situación entre países o entre diferentes tipologías de estados de bienestar (Pfau-Effinger, 2004 y 2005) y en diferentes momentos del tiempo. El Cuadro 3 resume estas limitaciones de la investigación sobre las desigualdades de género en la salud.

Las tipologías de estado de bienestar

Hay muy pocos estudios sobre las diferencias en la relación entre el trabajo como determinante social de la salud y el estado de salud según las tipologías de estado de bienestar. En Europa la clasificación de los países según políticas de familia o de mercado laboral es similar, aunque los mecanismos que operan para ambos tipos de políticas son diferentes. Para comprender la influencia conjunta del trabajo remunerado y de la esfera doméstica y familiar en la salud y el bienestar de la población trabajadora se deben tener en cuenta las políticas familiares que pueden influir en la división sexual de las funciones de persona responsable del trabajo doméstico y familiar y de sustentadora económica principal del hogar, así como en las exigencias asociadas (Pfau-Effinger, 2004 y 2005). La tipología de modelos de políticas familiares de Korpi (Korpi, 2009) se basa en los niveles de apoyo a la familia tradicional, con la familia basada en el hombre como proveedor y la mujer como responsable del trabajo doméstico y familiar. Comprende tres modelos de políticas familiares: 1) el modelo de familias de doble cuidador/a y doble ingreso (países nórdicos), caracterizado por niveles intermedios de apoyo a la familia tradicional y niveles altos de apoyo a las familias donde ambos miembros de la pareja son sustentadores económicos del hogar y responsables del trabajo doméstico y familiar con un gran apoyo del estado al trabajo familiar; 2) el modelo de política familiar tradicional (países europeos continentales como Alemania y Francia) se caracteriza por un alto nivel de apoyo a la familia tradicional y bajos niveles de apoyo a la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y 3) el modelo político orientado al mercado (países anglosajones) se caracteriza por bajos niveles de apoyo tanto a familias con dos personas sustentadoras como a la familia tradicional, con el trabajo doméstico y familiar considerado como una responsabilidad privada en gran parte asignada al mercado. Un cuarto modelo lo constituyen los países post-comunistas y se caracteriza por altos a los dos miembros de la pareja como personas sustentadoras del hogar, con alta participación femenina en el trabajo remunerado y una división tradicional del trabajo doméstico y familia (Boye, 2011). Finalmente, los países del sur de Europa se carac-

Cuadro 3. Limitaciones de la investigación sobre las desigualdades de género en la salud relacionadas con el trabajo como determinante social de la salud

1. Insuficiente desarrollo de marcos conceptuales específicos de la pregunta de estudio
2. En los estudios epidemiológicos tratamiento inadecuado de las variables independientes como confusoras, mediadoras o de interacción
3. Falta de consideración de la intersección con otros ejes de desigualdad
4. Necesidad de estudios que investiguen diferentes indicadores de salud
5. Caracterización insuficiente o inadecuada de las exigencias de la esfera doméstica y familiar
6. Falta de consideración del papel de persona sustentadora principal del hogar
7. Sesgos de causalidad inversa en algunos estudios transversales
8. Uso frecuente como variables dependientes y predictoras con alta carga de subjetividad a través de la autopercepción
9. Escasez de estudios comparativos de países con diferentes tipologías de estado de bienestar

terizan por un “familiarismo” fuerte, con un modelo de familia basado en la solidaridad entre familiares con asimetría de género en la división del trabajo, baja participación femenina en el mercado laboral, el papel esencial de las mujeres en la atención dentro de la familia y una baja prestación de servicios de atención y de ayudas familiares por el Estado (Naldini, 2013). Los países europeos difieren también en el poder de negociación de sus trabajadores. Aunque la negociación colectiva en los estados de la UE cubre más de la mitad de los trabajadores, hay grandes variaciones entre los países, con los niveles más bajos de cobertura en el Reino Unido y los países de Europa del Este y los más altos en los países Nórdicos (Brady, 2007).

A continuación se analizan diversos aspectos relacionados con la influencia del trabajo remunerado y la esfera doméstica y familiar en la salud en un marco combinado de género, trabajo remunerado y doméstico y familiar, en el que siempre que es posible se integran como variables de intersección la clase social y el tipo de estado de bienestar:

1. Mujeres empleadas y amas de casa a tiempo completo
2. Combinación de vida laboral y familiar
3. Largas jornadas de trabajo
4. Desempleo
5. Contratación temporal

Mujeres empleadas y amas de casa a tiempo completo

Está ampliamente documentado que el empleo remunerado tiene un efecto beneficioso sobre la salud de las mujeres, de manera que las empleadas tienen mejor salud que las amas de casa a tiempo completo (McMunnh et al., 2006; Nathanson, 1975 y 1980). Por otra parte, algunos estudios han confirmado que la mejor salud de las mujeres empleadas no se limita a reflejar un “efecto de la trabajadora sana” (Passanante y Nathanson, 1985; Waldron y Weiss, 1998). El trabajo remunerado puede ofrecer oportunidades para construir la autoestima y la confianza en la toma de decisiones, apoyo social a personas que de otra manera permanecerían aisladas o no tendrían una red social propia sino la de su pareja, así como experiencias que aumentan la satisfacción con la vida (Sorensen y Verbrugge, 1987). Además, los ingresos proporcionan a las mujeres independencia económica y aumentan su poder en la unidad familiar. Estos resultados apoyan la hipótesis de potenciación de rol. Sin embargo, otros estudios son consistentes con las hipótesis de sobrecarga o de conflicto de rol. Así, se ha documentado que el empleo tiene un efecto beneficioso sobre la salud de las mujeres solteras, pero poco o nada sobre las casadas o que viven en pareja (Waldron y Weiss CC, 1998), o que el trabajo remunerado es positivo para la salud de las mujeres con hijos o hijas solo cuando trabajan a tiempo parcial (Walters et al., 1996; Bartley et al., 1992; Bartley et al., 1999). A pesar de que no se puede descartar que ciertas diferencias sociales o culturales entre países puedan explicar los diferentes resultados de estos estudios, existen limitaciones metodológicas, como la insuficiente caracterización de cada uno de los roles, que contribuirían a explicarlas. En algunos estudios, múl-

tiples roles implica tener más de un rol principal (por lo tanto, el foco es el número de funciones), en otros, significa la combinación de trabajo y las responsabilidades familiares (por lo tanto, interesa el tipo de roles) (Sorensen y Verbrugge, 1987). Sin embargo, la relación entre los roles múltiples y la salud no sólo depende de la cantidad o el tipo de roles ocupados, sino también de la naturaleza de cada rol particular y su significado, que viene determinado en buena parte por el orden de género. Por otra parte, el efecto de las exigencias familiares en la salud puede ser diferente según la situación laboral o incluso en la misma situación laboral puede haber una interacción con la clase social (Artazcoz et al., 2007).

En el primer estudio que comparaba el estado de salud entre mujeres empleadas y amas de casa a tiempo completo en España se documentaba que en Barcelona las mujeres empleadas tenían mejor estado de salud que las amas de casa (Rohlfis et al., 1999). El hecho de no restringir la población en estudio a mujeres con responsabilidad principal en las tareas del hogar (una proporción significativa de mujeres ocupadas probablemente vivía con sus padres y tenían poco trabajo en casa), no despeja totalmente la duda de si realmente el empleo aporta beneficios o no a esa mayoría de mujeres ocupadas que, además, tiene que asumir el trabajo doméstico y familiar. Además, los resultados pueden cambiar según el indicador de salud analizado.

Años más tarde, en un estudio realizado entre mujeres de Cataluña de 25 a 64 años casadas o que vivían en pareja en el que se analizaron diferentes indicadores de salud, aunque se observó en general un mejor estado de salud entre las empleadas, los resultados fueron más consistentes para las mujeres con bajo nivel de estudios. En cambio ni en las mujeres de clase social alta ni en las de baja se observaron diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral (Artazcoz et al., 2004c). Sin embargo, las amas de casa tenían un mayor riesgo de consumir ansiolíticos, antidepresivos y tranquilizantes. Este mismo hallazgo sobre el estado de salud mental y el consumo de psicofármacos ha sido documentado también con datos de la “Enquesta de Salut de Barcelona” del año 2000 (Artazcoz et al., 2003). Estos resultados sugieren que el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral podría ser debido a que los potenciales beneficios aportados por el empleo quedan enmascarados por el mayor consumo de tranquilizantes entre las amas de casa.

El análisis del impacto de las exigencias familiares sobre el estado de salud de las mujeres debe considerar la situación laboral como variable de interacción – y por tanto estratificar el análisis o introducir términos de interacción – y no de confusión. Así, se ha documentado que mientras entre las mujeres ocupadas, sobre todo entre las de clases más desfavorecidas, el riesgo de mal estado de salud medido con una variedad de indicadores, se incrementa con las exigencias domésticas medidas a través del número de personas en el hogar, entre las amas de casa, no existía ninguna relación entre la carga de trabajo doméstico y el estado de salud. Además, entre las empleadas, solo se observaba una relación entre las menos cualificadas. Estos resultados ilustran la importancia de considerar el análisis del impacto del trabajo en la salud en un marco de

interacciones entre el género, la clase social y la situación laboral (Artazcoz et al., 2004c).

Diversos estudios realizados en España sobre la relación entre las exigencias familiares y el estado de salud, en los que ha participado la autora de este artículo, han utilizado el número de personas del hogar entre personas casadas o que viven en pareja como aproximación a las exigencias del trabajo doméstico y familiar (Arcas et al., 2012; Artazcoz et al., 2001a, 2004c y 2013). Aunque se probó el número de horas de trabajo como un posible mejor indicador, no se observaron asociaciones con los diversos indicadores de salud analizados. Pese a que muchos estudios sobre trabajo doméstico y familiar y salud han medido las exigencias familiares a través de las horas de trabajo doméstico, este indicador tiene graves limitaciones. Se ha documentado que tiende a ser sobreestimado por ambos sexos y los factores que influyen esta sobreestimación varían entre hombres y mujeres (Lee y Waite, 2005; Press y Townsley, 1998). Además, hay diferencias de género en el número de horas asignadas al trabajo doméstico flexible e inflexible, lo que puede tener diferente impacto en la salud (Hook, 2010).

Combinación de vida laboral y familiar

Muchos estudios sobre el efecto combinado de trabajo remunerado y la esfera doméstica y familiar en la salud se han realizado sobre muestras constituidas exclusivamente por mujeres, partiendo de la premisa de que, a pesar del espectacular aumento de las mujeres en el mercado laboral, no se ha producido un cambio significativo en la distribución del trabajo doméstico, incluso entre parejas en que los dos miembros tienen un trabajo pagado (Sorensen y Verbrugge, 1987; Bartley et al., 1992). Sin embargo, estudios recientes observan que las mujeres y los hombres sienten iguales niveles de conflicto empleo-familia (Byron, 2005) y que el conflicto empleo-familia es tan perjudicial para la salud de los hombres como de las mujeres (Krantz et al., 2005).

La mayoría de los estudios sobre la relación entre la compaginación de vida laboral y familiar y la salud tienen un diseño transversal y se basan en la percepción tanto del conflicto empleo-familia como del estado de salud. Este enfoque tiene varias limitaciones. Por ejemplo, los problemas de salud (especialmente los de naturaleza psicológica) pueden influir en la percepción del conflicto empleo-familia –causalidad inversa–, o un tercer factor, la afectividad negativa, puede influir en la percepción de la variable predictora y de los problemas de salud, sobreestimando por tanto las asociaciones. Por otra parte, los roles asignados a hombres y mujeres por las normas de género también pueden influir en la percepción del conflicto empleo-familia. La utilización de indicadores objetivos de exigencias del empleo y familiares permite superar estas limitaciones (Artazcoz, et al., 2007).

Estudios realizados en población ocupada de 25 a 64 años, casada o que vive en pareja en Catalunya (Artazcoz et al., 2001a y 2001b), Euskadi (Artazcoz et al., 2002), y Navarra (Artazcoz et al., 2004a) evidencian el impacto negativo de la doble jornada - con la carga de trabajo doméstico básicamente medida a través del número de personas en el hogar

- sobre diferentes indicadores de salud en mujeres casadas o que viven en pareja, pero ninguna asociación en los hombres. Además, en Catalunya y en Euskadi se comprobó que este efecto negativo de la carga de trabajo doméstico se limitaba a las trabajadoras de clases más desfavorecidas. Este hallazgo sugiere que las mujeres de clases pudientes cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; en cambio las menos privilegiadas parece que “financian” la conciliación con su propia salud. Es interesante señalar que en Catalunya se observó que vivir con personas mayores de 65 años tenía un efecto protector en la salud percibida de las trabajadoras de clases sociales menos privilegiadas, lo que podría explicarse por su apoyo operativo, emocional o económico, haciéndose cargo de parte de la carga asociada al trabajo doméstico que de otro modo recaería en la trabajadora (Artazcoz et al., 2001a). También se ha documentado en nuestro medio el efecto protector de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas en las mujeres, independientemente de la edad y de la clase social (Artazcoz et al., 2001b). Ninguna de estas variables se asoció con la salud de los hombres.

Sin embargo, un estudio reciente basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, mostraba que en España en población trabajadora casada o que vivía en pareja el número de personas en el hogar se asociaba a diversos indicadores de mala salud en trabajadores manuales, tanto hombres como mujeres. Las autoras señalaban la existencia de diferentes mecanismos explicativos de esta asociación. Mientras en las mujeres el mal estado de salud se explicaría, probablemente, por la sobrecarga y el conflicto de rol, en los hombres la asociación se derivaría de su papel como sustentadores económicos principales del hogar, en un país como España con un modelo de familia tradicional. A medida que aumenta el número de personas en el hogar aumentan las necesidades económicas y la presión sobre los hombres, en un país con un modelo de familia tradicional, para aumentar los ingresos incrementando, por ejemplo, de manera obligada las horas de trabajo remunerado (Arcas et al., 2012). Son pues mecanismos de género – división sexual de roles en la familia –, y de clase – menos medios para contratar recursos externos para el trabajo doméstico y familiar –, los que explican esta asociación.

De acuerdo con el enfoque centrado en la disponibilidad de tiempo, para compaginar el empleo y las exigencias familiares, los largos horarios de trabajo, que entre las personas sustentadoras económicas principales del hogar son a menudo una consecuencia de dificultades económicas de la familia (Artazcoz et al., 2009 y 2013), dan lugar a presión de tiempo y finalmente a mala salud (Grzywacz y Marks, 2000). Por el contrario, el enfoque centrado en las exigencias familiares postula que a mayor trabajo doméstico y familiar, más difícil es compaginar empleo y familia (Lewis et al., 2008). De hecho, ambos enfoques son complementarios.

La mayoría de los estudios sobre la relación entre el estado de salud y la combinación de empleo y familia han analizado un único país (Walters et al., 1996; Arcas et al., 2012) o han comparado un pequeño número de países y sus resultados son contradictorios (Lahelma et al., 2002; Strandh y Nordenmark, 2006). Además de razones metodológicas, estos resul-

tados contradictorios pueden explicarse por diferencias políticas y culturales entre los países. Un estudio que analizaba la relación entre la compaginación de la vida laboral y familiar y cinco tipologías de estados de bienestar entre los 27 estados de la Unión Europea en 2010, en plena crisis económica, considerando tanto el número de horas de trabajo remunerado como las características de la unidad familiar, encontraba claras diferencias de género entre países. En los países continentales y en los del sur de Europa la compaginación de empleo y familia se asociaba con mal estado de salud general y psicológica en ambos sexos, aunque estas asociaciones eran de mayor magnitud y más consistentes entre las mujeres; en los países anglosajones, la asociación entre la compaginación de la vida laboral y familiar y la salud se limitaba a los hombres, y en los países nórdicos y de Europa del Este no se observaron asociaciones. El estudio concluía que en los países en los que se observaban asociaciones entre la compaginación de la vida laboral y familiar y el estado de salud entre los hombres, este hallazgo se explicaba por su papel tradicional de sostén de la familia, mientras que entre las mujeres de países con políticas que promueven modelos tradicionales de familia, parecen explicarse por la combinación de malas condiciones de empleo y de trabajo, sobrecarga de trabajo y las dificultades económicas de la familia que las fuerza a incorporarse al mercado de trabajo en situación de vulnerabilidad económica. Además, se señalaba que la crisis económica podría explicar en parte la mayor consistencia de la asociación entre las largas jornadas de trabajo y las exigencias familiares con el estado de salud entre las mujeres de países con modelos tradicionales de políticas de familia. Es importante resaltar la situación de los países anglosajones, caracterizados por un papel menor del estado en las políticas de bienestar que se basa fundamentalmente en el papel del mercado. Las largas jornadas de trabajo y la composición de los hogares no se asociaron con el estado de salud entre las mujeres. Sin embargo, ellas fueron el único grupo en el que el trabajo a tiempo parcial se asoció con mejores resultados de salud. Este hallazgo es consistente con un estudio anterior que observó que las mujeres del Reino Unido prefieren trabajos a tiempo parcial. Como explicación, los autores sugerían que en el Reino Unido, las mujeres viven en una sociedad que hace que sea difícil para ellas combinar empleo y familia, con un estado que no proporciona guarderías públicas o institucionaliza los bajos salarios de las mujeres, por lo que no sorprende que quieran trabajar menos horas en el mercado laboral para aumentar las horas de trabajo doméstico y la satisfacción con el trabajo pagado (Booth y Ours, 2008).

Muchas mujeres trabajan a tiempo parcial para facilitar la compaginación entre el empleo y las exigencias familiares. Sin embargo, se ha documentado que en Europa, los empleos a tiempo parcial se concentran en una gama más reducida de ocupaciones que los trabajos a tiempo completo y, por lo general, los salarios son más bajos, el trabajo es más monótono y con menos posibilidades de promoción. Además, se asocian con pensiones de jubilación más bajas (Fagan y Burchell, 2002). La mayoría de los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos muestran que los trabajadores a tiempo parcial, en general, ganan menos por hora que los trabajadores a tiempo completo, incluso después de controlar por la educación, la

experiencia y otros factores relevantes (Kalleberg, 2000). Además, en España el trabajo a tiempo parcial suele estar relacionado con inestabilidad laboral. Finalmente, en la actual crisis económica en toda Europa ha crecido el número de personas que trabaja a tiempo parcial de manera no deseada, lo que podría tener un impacto negativo sobre la salud que debería recibir atención desde la investigación.

Largas jornadas de trabajo

En las últimas décadas, la duración de la semana laboral en la Unión Europea ha ido disminuyendo pasando de una media de 40,5 horas a la semana en 1991 a 37,5 horas en 2010. A pesar de este descenso, en 2010 el 22% de los trabajadores, un 4% menos que en 2005, trabajaba más de 41 horas a la semana. Existen diferencias entre los países de la Unión Europea, de manera que, en general, los países del norte son los que tienen las jornadas más cortas, mientras que Reino Unido tiene las más largas. La Directiva Europea 2003/88/CE establece que la duración media del trabajo no exceda de 48 horas, incluidas las extraordinarias, por cada período de siete días. Sin embargo, a mediados de 2000 el Parlamento Europeo discutió durante un tiempo el alargamiento del tiempo de trabajo para aumentar el límite a 60 o 65 horas semanales. Pese al acuerdo de la mayoría de los países de la Unión Europea de los 27, esta modificación no llegó a aprobarse. Además, en Reino Unido la normativa sobre los tiempos de trabajo incluye la figura del "opt-out", vía a través de la cual el trabajador o trabajadora pacta "libremente" con el empresario trabajar más de las 48 horas semanales, lo que en la práctica se traduce en muchos casos en la imposición por parte del empresariado de largas jornadas de trabajo (MacDonald, 2004).

Es importante destacar que la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre largas jornadas de trabajo y salud se han llevado a cabo en Japón y se han centrado en jornadas de trabajo muy largas, pero poco se sabe sobre los horarios moderadamente largos que plantea la modificación de la Directiva Europea (Härmä, 2003). Pese a que, como se ha comentado anteriormente, la mayor parte de los estudios sobre los largos horarios de trabajo y el estado de salud analizan solamente las características del trabajo remunerado, estudios recientes señalan que el impacto de los horarios de trabajo moderadamente largos – de 41 a 60 horas a la semana – sobre la salud se entiende desde su interacción con la esfera doméstica y familiar, su carácter voluntario o no, y la situación de vulnerabilidad económica (Artazcoz et al., 2007b, 2009 y 2013).

La importancia de las dificultades económicas de la familia, no sólo relacionada con el consumismo, sino también con factores como los bajos salarios o la deuda económica de las familias, se ha identificado como una razón para trabajar largas horas que pueden conducir a problemas de salud (Artazcoz, et al., 2007b y 2009). Un estudio sobre las largas jornadas de trabajo en el Reino Unido, documentaba que algunos de los factores asociados a los largos horarios eran: 1) ser hombres con hijos, 2) tener grandes hipotecas o un alto coste de vida, y 3) tener una pareja que, o no tiene un trabajo remunerado o

lo tiene a tiempo parcial (Kodz et al., 2003). Además, debe tenerse en cuenta el poder de negociación de las condiciones de trabajo por parte de los trabajadores, que puede ser bajo en el caso de baja representación sindical, y entre los trabajadores que perciben bajos salarios, tienen contratos temporales, o se encuentran en otras situaciones de vulnerabilidad económica.

La obligatoriedad de trabajar muchas horas para aumentar los ingresos del hogar en situación de dificultades económicas para las personas que tienen el rol de sustentadora económica principal parece explicar la relación entre las largas jornadas de trabajo y la mala salud. Además, la situación de vulnerabilidad económica puede conducir a aceptar otras duras condiciones de trabajo, además del alargamiento de la jornada laboral, por temor a perder el empleo. Se ha observado una asociación consistente de los horarios moderadamente largos con mal estado de salud mental, hipertensión arterial, insatisfacción laboral, tabaquismo, sedentarismo en el tiempo libre y pocas horas de sueño (Artazcoz et al., 2007b y 2009). Además, dado que el alargamiento de las jornadas de trabajo se asocia con el papel de persona sustentadora económica principal del hogar, los patrones de género difieren según la tipología de estados de bienestar. Así, se ha documentado que en Europa los largos horarios de trabajo se asocian con mala salud fundamentalmente entre los hombres de los países continentales, del sur de Europa y, sobre todo, en los anglosajones, mientras la asociación es similar en los dos sexos en los países del norte y del este de Europa, con modelos de familia basados en los ingresos de los dos miembros de la pareja (Artazcoz et al., 2013).

Desempleo

Uno de los efectos más estudiados del paro sobre la salud son los trastornos psicológicos entre las personas desempleadas (Janlert, 1997). Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de desempleo y de trastornos de salud mental entre las mujeres, la distinta posición de hombres y mujeres en el mercado laboral y las diferencias de género en los determinantes sociales de la salud mental (Piccinelli y Wilkinson, 2000), pocos estudios han examinado las posibles diferencias de género en la relación entre paro y salud mental. De hecho, muchos estudios sobre desempleo y salud han incluido sólo hombres (Bartley y Owen, 1996; Liira y Leino-Arjas, 1999).

El paro puede provocar mala salud mental debido a la reducción de ingresos y, de hecho, algunos estudios han documentado los efectos beneficiosos de las prestaciones económicas de desempleo (Rodríguez, 2001; Rodríguez et al., 1997 y 2001). Pero hay otras razones como la pérdida de la estructuración del tiempo diario, el estatus social, la autoestima, la actividad física y mental, el uso de las habilidades o las relaciones interpersonales. La asociación entre estos factores y el estado de salud mental es probable que sea mediada por el contexto social en el que viven los individuos, que es en gran parte determinado por los roles familiares y la clase social. Por otra parte, el papel de estos factores probablemente difiere según el sexo.

En un estudio sobre el impacto del paro en la salud mental realizado en una muestra de población española se confir-

maba este complejo entramado de interacciones. Los efectos beneficiosos de las compensaciones por desempleo no se distribuyeron igualmente entre las diferentes categorías de género, roles familiares y clase social. Mientras en la mayoría de los grupos analizados estas prestaciones eliminaron el impacto del paro sobre la salud mental, en el grupo más privilegiado -los hombres más cualificados- no se observó, en general, asociación de las prestaciones económicas de desempleo con la salud mental e incluso entre los que vivían en pareja el estado de salud mental era peor cuando se recibían prestaciones, cosa que puede explicarse por el estigma y la ruptura del rol de proveedor de los ingresos del hogar a través del propio salario. El mayor impacto del desempleo en la salud mental correspondió a los trabajadores manuales casados o que vivían en pareja, mientras en las mujeres, independientemente de la clase social, vivir en pareja y, sobre todo convivir con hijos o hijas, actuaba como amortiguador. A partir de estos resultados, se puede inferir que en países con modelos tradicionales de familia, estar casado o vivir en pareja puede ser una fuente de tensión financiera grave para los hombres desempleados de las clases sociales menos favorecidas que tradicionalmente asumen el papel de sustentador económico principal del hogar. Por otra parte, debido a su baja participación en los roles tradicionales de crianza, para los hombres las responsabilidades familiares no pueden sustituir con éxito un empleo como fuente alternativa de satisfacción y sentido de la vida. Por el contrario, entre las mujeres, los roles familiares podrían reemplazar las recompensas que antes fueron proporcionadas por el empleo. Además, las mayoría de las que viven en pareja o tienen hijos, tienen asegurado el ingreso de la pareja (Artazcoz et al., 2004b). Este estudio cuestiona la idea extendida de que el menor impacto del paro sobre la salud mental en las mujeres se debe a la menor centralidad del trabajo remunerado en sus vidas, ya que en el caso de las personas solteras, el efecto era similar en hombres y mujeres e independiente de la clase social. Es el papel de persona sustentadora económica principal del hogar, y no el menor compromiso de las mujeres con el empleo, lo que explicaría este hallazgo. Una vez más, estos resultados ilustran la necesidad de considerar la interacción entre diversos determinantes sociales y ejes de desigualdad.

Contratos temporales y estado de salud

Entre las posiciones extremas que representan en el mercado laboral el empleo con contrato fijo y el paro, existe un amplio abanico de situaciones de inestabilidad laboral con efectos potenciales sobre la salud. En los últimos años, las políticas económicas y de trabajo han impulsado una creciente flexibilización del empleo con el fin de mejorar la competitividad y facilitar la adaptación de las empresas a los constantes cambios de la producción en el contexto de un mercado globalizado. Mientras estas decisiones se toman en función de argumentos económicos, poco se sabe sobre el impacto que la incertidumbre sobre el empleo tiene sobre la salud y la vida de la población ocupada. La investigación sobre las consecuencias del empleo flexible en la salud es relativamente nueva y los resultados no son consistentes.

En una revisión sobre la investigación en trabajo temporal y salud se remarcaba la importancia de considerar variables contextuales como las tasas de desempleo, las políticas de protección social y de empleo, así como la legislación sobre seguridad social en relación con los bajos salarios y la inseguridad laboral y la falta de sindicalización (Virtanen et al., 2005). A pesar de que estos factores contextuales son obviamente importantes, desde una perspectiva de género es esencial tener en cuenta, además, la mayor proporción de mujeres con relaciones contractuales flexibles, su posición más baja en el mercado de trabajo y los roles familiares. Así, en un estudio realizado entre la población asalariada de Cataluña, el impacto de la contratación temporal sobre la salud mental se limitaba a las relaciones contractuales más precarias, el contrato de obra y servicio y el trabajo sin contrato, y a los grupos con más dificultades de empleabilidad, los trabajadores manuales y las trabajadoras, entre estas últimas independientemente de su clase social. En ese estudio se mostraba que los contratos temporales suponían más limitaciones para decidir convivir en pareja o tener hijos para los hombres, dos indicadores que el estudio relacionaba con la salud social, lo que se asociaría con la pervivencia de modelos sociales que consideran al hombre como sustentador principal del hogar (Artazcoz et al., 2005). Este es otro ejemplo de la intersección entre género y clase social, así como de los resultados diferentes en función del indicador de salud analizado.

Retos para la investigación futura

La investigación sobre las desigualdades de género en la salud relacionadas con el trabajo es todavía muy insuficiente, no solo en España sino a nivel internacional, y debe superar algunas limitaciones. Por un lado la investigación tradicional sobre riesgos laborales debe prestar más atención a los riesgos de naturaleza ergonómica y psicosocial y al papel del sexo biológico y del género. Además, los riesgos relacionados con el trabajo doméstico deben comenzar a formar parte de la investigación en salud laboral.

El análisis de las desigualdades en la salud debe integrar la intersección de diversos ejes de desigualdad, sobre todo género y posición socioeconómica. El análisis comparativo de diferentes tipologías de estado de bienestar es imprescindible para entender el impacto de las políticas de trabajo, de familia y de género sobre la relación entre el trabajo y la salud. Desde un punto de vista metodológico, este abordaje requiere la consideración de un complejo entramado de interacciones y la elaboración de marcos conceptuales adaptados a la pregunta de investigación. Esto supone, en muchos casos, analizar pequeñas piezas de la realidad para formar finalmente el puzzle que desvele la fotografía completa de la situación. Es importante tener en cuenta, además, que las desigualdades de género no solo varían entre países, sino que cambian en el tiempo, por lo que es necesario visitar las preguntas de investigación en diferentes momentos del tiempo.

En España, las encuestas de salud y de condiciones de trabajo podrían ser muy buenas fuentes de datos para esta inves-

tigación, pero ambas tienen serias limitaciones. Las encuestas de condiciones de trabajo deben ser replanteadas en profundidad y, entre otras cosas, recoger variables para caracterizar la unidad familiar y más indicadores de salud como el estado de salud mental y las conductas relacionadas con la salud (tabaquismo, sedentarismo, índice de masa corporal y horas de sueño) que pueden actuar como variables mediadoras (Narocki et al., 2009). Entre otras posibles mejoras, la Encuesta Nacional de Salud debe recoger el número de horas de trabajo remunerado, ya que en la actualidad no se puede saber si las personas trabajan a tiempo parcial – y si así fuera, si esta jornada es deseada o no – o, por el contrario trabajan largas jornadas (Ruiz-Cantero et al., 2011). Asimismo, debe mejorar sustancialmente el apartado sobre el ámbito doméstico y familiar ya que continúa siendo en todos los países europeos una de las principales fuentes de las desigualdades de género (Gálvez-Muñoz et al., 2011). Por ejemplo, debería diferenciarse en la variable sobre estado de convivencia la situación de persona casada o que vive en pareja sin estar casada, ya que se ha documentado que su impacto sobre la salud es diferente (Artazcoz et al., 2011). Se tendría que incluir alguna pregunta sobre la convivencia con alguna persona con discapacidad. Para determinar la división sexual de la esfera doméstica y familiar deberían incluirse preguntas sobre 1) la responsabilidad principal en el cuidado de las personas dependientes; 2) el número de horas de trabajo doméstico y familiar y 3) la persona que aporta más ingresos en el hogar.

Bibliografía

- AKERSTEDT, T. (1998): "Shift work y disturbed sleep/wakefulness", *Sleep medicine reviews*, 2, pp. 117–128.
- ALLISON, P. (1999): "Comparing logit y probit coefficients across groups [Comparer les coefficients obtenus grâce aux modèles logit et probit concernant différents groupes]", *Sociological methods & research*, 28, pp. 186–208.
- ANNANDALE, E. y HUNT, K. 2000. "Gender inequalities in health: research at the crossroads", En ANNANDALE E., H. K. (ed.), *Gender inequalities in health*. Buckingham, Oxford University Press.
- ARCAS, M.M.; NOVOA, A.M. y ARTAZCOZ, L. (2012): "Gender inequalities in the association between demands of family y domestic life and health in Spanish workers", *European Journal of Public Health*.
- ARTAZCOZ, L.; ARTIEDA, L.; BORRELL, C.; CORTÈS, I.; BENACH, J. y GARCÍA, V. (2004a): "Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women?", *European Journal of Public Health*, 14, pp. 43–48.
- ARTAZCOZ, L.; BENACH, J.; BORRELL, C. y CORTÈS, I. (2005): "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health", *Journal of epidemiology y community health*, 59-9, pp. 761–7.
- ARTAZCOZ, L.; BENACH, J.; BORRELL, C. y CORTÈS, I. (2004b): "Unemployment y mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class", *American Journal of Public Health*, 94, pp. 82–88.
- ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C. y BENACH, J. (2001a): "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands", *Journal of epidemiology y community health*, 55, pp. 639–647.
- ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; BENACH, J.; CORTÈS, I. y ROHLFS, I. (2004c): "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position", *Social science & medicine*, 59, pp. 263–274.
- ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; CORTÈS, I.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V. y CASCANT, L. (2007a): "Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research", *Journal of epidemiology and community health*, 61 Suppl 2, pp. 39–i45.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; BORRELL, C.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V. y CASCANT, L. (2007b): "Gender perspective in the analysis of the relationship between long working hours, health and health-related behavior", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 33, pp. 344–350.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; BORRELL, C.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V. y CASCANT, L. (2011): "Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain", *Social science & medicine*, 72, pp. 600–607.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; BARTOLL, X.; BASART, H. y BORRELL, C. (2013): "Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 39, pp. 369–378.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; CASCANT, L. y VILLEGAS, R. (2009): "Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours", *Journal of epidemiology and community health*, 63, pp. 521–527.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; PUIG-BARRACHINA, V.; BENAVIDES, F.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V. y BORRELL, C. (2013): "Combining employment and family in Europe: The role of family policies in health", *European Journal of Public Health*.
- ARTAZCOZ, L.; GARCÍA-CALVENTE, M.; ESNAOLA, S.; BORRELL, C.; SÁNCHEZ-CRUZ, J. y RAMOS, J. (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en Cabasés, J.M.; Villalbí, JR. y Aibar, C. (eds.), *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS*. Barcelona, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- ARTAZCOZ, L. (2005): *La salut des de la sensibilitat de gènere*. Barcelona, Generalitat de Catalunya Institut Català de la Dones.
- ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; ROHLFS, I.; BENI, C.; MONCADA, A. y BENACH, J. (2001b): "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada", *Gaceta Sanitaria*, 15 pp. 150–153.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÈS, I.; BORRELL, C. y PASARÍN, I. (2003): *Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Diferències i desigualtats de gènere en salud. La població de 25 a 64 anys*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- BARTLEY, M. y OWEN, C. (1996): "Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93", *British Medical Journal*, 313, pp. 445–449.
- BARTLEY, M., POPAY, J. y LEWIS, I. (1992): "Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health", *Sociology of Health and Illness*, 14, pp. 313–343.
- BARTLEY, M.; SACKER, A.; FIRTH, D. y FITZPATRICK, R. (1999): "Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993", *Social science & medicine*, 48, pp. 99–115.
- BOOTH, A. y OURS, J. (2008): "Job satisfaction and family happiness: the part-time work puzzle", *The Economic Journal*, 118, pp. F77–F99.
- BOYE, K. (2011): "Work and Well-being in a Comparative Perspective — The Role of Family Policy", *European Sociological Review*, 27, pp. 16–30.
- BRADY, D. (2007): "Institutional, Economic, or Solidaristic? Assessing Explanations for Unionization Across Affluent Democracies", *Work and Occupations*, 34, pp. 67–101.
- BYRON, K. (2005): "A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents", *Journal of Vocational Behavior*, 67, pp. 169–198.
- COLOMER, C. y PEIRÓ, R. (2002): "¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas?", *Gaceta Sanitaria*, 16, pp. 358–360.
- COSTA, G. (2003): "Factors influencing health of workers and tolerance to shift work", *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 4, pp. 263–288.
- COURTENAY, W. (2000): "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender y health", *Social science & medicine*, 50, pp. 1385–1401.
- COURTENAY, W. y KEELING, R. (2000): "Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach", *Journal of American college health*, 48, pp. 243–246.
- DAHLGREN, G. y WHITEHEAD, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Estocolmo, Institute for Future Studies.
- DOYAL, L. (2000): "Gender equity in health: Debates and dilemmas", *Social science & medicine*, 51, pp. 931–939.
- DOYAL, L. (2001): "Sex, gender, and health: the need for a new approach", *British Medical Journal*, 323, pp. 1061–1063.
- FAGAN, C. y BURCHELL, B. (2002): *Gender, jobs and working conditions in the European Union*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- GÁLVEZ-MUÑOZ, L.; RODRÍGUEZ-MODROÑO, P. y DOMÍNGUEZ-SERRANO, M. (2011): "Work and time use by gender: a new clustering of european welfare systems", *Feminist Economics*, 17-4, pp. 125–157.
- GARCÍA, M.; MATEO, I. y MAROTO, G. (2004): "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres", *Gac Sanit*, 18, pp. 83–92.
- GEIST, C. (2005): "The Welfare State and the Home: Regime Differences in the Domestic Division of Labour", *European Sociological Review*, 21, pp. 23–41.
- GRZYWACZ, J.G. y MARKS, N.F. (2000): "Reconceptualizing the work-family interface: an ecological perspective on the correlates of positive y negative spillover between work and family", *Journal of occupational health psychology*, 5, pp. 111–126.
- HANKIVSKY, O. y CHRISTOFFERSEN, A. (2008): "Intersectionality and the de-

- terminants of health: a Canadian perspective", *Critical Public Health*, 18, pp. 271–283.
- HANKIVSKY, O. y CORMIER, R. (2011): "Intersectionality y Public Policy: Some Lessons from Existing Models", *Political Research Quarterly*, 64, pp. 217–229.
- HÄRMÄ, M. (2003): "Are long workhours a health risk?" *Scandinavian journal of work environment & health*, 29, pp. 167–169.
- HARRINGTON, J. (1994): "Shift work and health: A critical review of the literature on working hours", *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23, pp. 699–705.
- HOOK, J. (2010): "Gender Inequality in the Welfare State: Sex Segregation in Housework, 1965–2003", *American Journal of Sociology*, 115, pp. 1480–523.
- IVERSEN, T. y ROSENBLUTH, F. (2006): "The Political Economy of Gender: Explaining Cross-National Variation in the Gender Division of Labor and the Gender Voting Gap", *American Journal of Political Science*, 50, pp. 1–19.
- JANLERT, U. (1997): "Unemployment as a disease and diseases of the unemployed", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 23 Suppl 3, pp. 79–83.
- KALLEBERG, A. (2000): "Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work", *Annual Review of Sociology*, 26, pp. 341–365.
- KANTERMANN, T., JUDA, M., VETTER, C. y ROENNEBERG, T. (2010): "Shift work research: Where do we stand, where should we go?" *Sleep and Biological Rhythms*, 8, pp. 95–105.
- KAPLAN, G. (2004): "What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better?" *Epidemiologic Reviews*, 26, pp. 124–135.
- KAWACHI, I. (2002): "Social epidemiology", *Social Science & Medicine*, 54, pp. 1739–1741.
- KNUTSSON, A. (2003): "Health disorders of shift workers", *Occupational medicine (Oxford, England)*, 53, pp. 103–108.
- KODZ, J.; DAVIS, S.; LAIN, D.; STREBLER, M.; RICK, J.; BATES, P.; CUMMINGS, J.; MEAGER, N.; ANXO, D.; GINESTE, S.; TRINCZEK, R. y PALMER, S. (2003): *Working long hours: A review of the evidence. Volume 1-Main report*. London, Department of Trade and Industry.
- KORPI, W. (2009): "The egalitarian gender paradise lost? Gender inequalities in employment, work segregation, wages, and political representation in different types 35 of welfare states", *Paper presented in EMPLOY-FAMNET Workshop in Berlin*, May 11–12.
- KRANTZ, G.; BERTSSON, L. y LUNDBERG, U. (2005): "Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees", *European journal of public health*, 15, pp. 209–214.
- KRIEGER, N. (1999): "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination", *International journal of health services*, 29, pp. 295–352.
- KUNKEL, S.R. y ATCHLEY, R. (1995): "Why gender matters: being female is not the same as not being male", *American journal of preventive medicine*, 12, pp. 294–296.
- LAHELMA, E.; ARBER, S.; KIVELÄ, K. y ROOS, E. (2002): "Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socio-economic circumstances", *Social science & medicine*, 54, pp. 727–740.
- LARRAÑAGA, I.; MARTÍN, U. y BACIGALUPE, A. (2008): "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género", *Gaceta Sanitaria*, 22, pp. 443–450.
- LEE, Y. y WAITE, L. (2005): "Husbands' and wives' time spent on housework: A comparison of measures", *Journal of Marriage and Family*, 67, pp. 328–336.
- LEWIS, J.; CAMPBELL, M. y HUERTA, C. (2008): "Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy", *Journal of European Social Policy*, 18, pp. 21–37.
- LIIRA, J. y LEINO-ARJAS, P. (1999): "Predictors and consequences of unemployment in construction and forest work during a 5-year follow-up", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 25, pp. 42–49.
- LIM, S.; VOS, T.; FLAXMAN, A.; DANAEI, G.; SHIBUYA, K.; ADAIR-ROHANI, H.; AMANN, M.; ANDERSON, H.; ANDREWS, K.; ARYEE, M.; ATKINSON, C.; BACCHUS, L.; BAHALIM, A.; BALAKRISHNAN, K.; BALMES, J.; BARKER-COLLO, S.; BAXTER, A.; BELL, M.; BLORE, J. y BLYTH, F. (2013): "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, 380, pp. 2224–2260.
- MACDONALD, R. (2004): "How protective is the working time directive? The aim of improving workers' safety and protection has got lost in the confusion", *British Medical Journal*, 329, p. 301.
- MCDIARMID, M.; OLIVER, M.; RUSER, J. y GUCER, P. (2000): "Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: personal attributes or job tasks?", *Environmental research*, 83, pp. 23–32.
- MCMUNN, A.; BARTLEY, M.; HARDY, R. y KUH, D. (2006): "Life course social roles and women's health in mid-life: causation or selection?", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, pp. 484–489.
- MEDINA-RAMÓN, M.; ZOCC, J.; KOGEVINAS, M.; SUNYER, J. y ANTÓ, J. (2003): "Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study", *Thorax*, 58, pp. 950–954.
- MESSING, K., CHATIGNY, C. y COURVILLE, J. (1998): "Light" and "heavy" work in the housekeeping service of a hospital", *Applied ergonomics*, 29, pp. 451–459.
- MESSING, K.; DUMAIS, L.; COURVILLE, J.; SEIFERT, A. y BOUCHER, M. (1994): "Evaluation of exposure data from men and women with the same job title", *Journal of Occupational Medicine*, 36, pp. 913–917.
- MESSING, K., DUMAIS, L. y ROMITO, P. (1993): "Prostitutes and chimney sweeps both have problems: towards full integration of both sexes in the study of occupational health", *Social science & medicine*, 36, pp. 47–55.
- MESSING, K. y STELLMAN, M.J. (2006): "Sex, gender and women's occupational health: the importance of considering mechanism", *Environmental research*, 101, pp. 149–162.
- MESSING, K.; PUNNETT, Á.; BOND, M.; ALEXANDERSON, K.; PYLE, J.; ZAHM, S.; WEGMAN, D.; STOCK, S. y GROSBOIS, S. (2003): "Be the Fairest of Them All: Challenges y Recommendations for the Treatment of Gender in Occupational Health Research", *American journal of industrial medicine*, 629, pp. 618–629.
- MESSING, K. y OSTLIN, P. (2006): *Gender equality, work and health: A review of the evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- MOYNIHAN, C. (1998): "Theories of masculinity", *British Medical Journal*, 317, pp. 1072–1075.
- NALDINI, M. y JURADO, T. (2013): "Family and Welfare State Reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European Perspective", *Population Review*, 52, pp. 43–61.
- NAROCKI, C.; ZIMMERMANN, M.; ARTAZCOZ, L.; GIMENO, D. y BENAVIDES, F. (2009): "Encuestas de condiciones de trabajo y salud en España: comparación de los contenidos del cuestionario del trabajador", *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 12, pp. 60–68.
- NASH, J. (2008): "Re-thinking intersectionality", *Feminist Review*, 89, pp. 1–15.
- NATHANSON, C. (1975): "Illness and the feminine role: a theoretical review", *Social Science & Medicine*, 9, pp. 57–62.
- NATHANSON, C. (1980): "Social roles y health status among women: the significance of employment", *Social Science & Medicine*, 14, pp. 463–471.
- NIEDHAMMER, I.; SAUREL-CUBIZOLLES, M.J.; PICIOTTI, M. y BONENFANT, S. (2000): "How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?" *Occupational and environmental medicine*, 57, pp. 521–527.
- PAÑELLA, H.; JUANOLA, E.; PERAY, J.L. y ARTAZCOZ, L. (2008): "Lipoatrosia

- semicircular: un nuevo trastorno de salud relacionado con el trabajo", *Gaceta Sanitaria*, 22, pp. 73–75.
- PASSANNANTE, M. y NATHANSON, C. (1985): "Female labor force participation and female mortality in Wisconsin 1974-1978", *Social Science & Medicine*, 21, pp. 655–665.
- PFAU-EFFINGER, B. (2003): "Development of informal work in Europe - causal factors, problems, approaches to solutions", *EU Workshop Informal/undeclared work 21st May*. Bruselas, pp. 1–12.
- PFAU-EFFINGER, B. (2004): "Socio-historical paths of the male breadwinner model - an explanation of cross-national differences", *The British journal of sociology*, 55, pp. 377–399.
- PFAU-EFFINGER, B. (2005): "Welfare State Policies and the Developments of Care Arrangements", *European Societies*, 7, pp. 321–347.
- PICCINELLI, M. y WILKINSON, G. (2000): "Gender differences in depression. Critical review", *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 486–492.
- PRESS, J.E. y TOWNSLEY, E. (1998): "Wives' and husbands' housework reporting. Gender, class, and social desirability", *Gender & Society*, 12, pp. 188–218.
- PUNNETT, L. y BERGQVIST, U. (1999): "Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands", *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.)*, 14, pp. 113–124.
- RODRIGUEZ, E. (2001): "Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States", *American journal of public health*, 91, pp. 1403–1411.
- RODRIGUEZ, E.; FRONGILLO, E. y CHANDRA, P. (2001): "Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States", *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 163–170.
- RODRIGUEZ, E.; LASCH, K. y MEAD, J.P. (1997): "The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment", *International journal of health services*, 27, pp. 601–623.
- ROHLFS, I.; ANDRÉS, J.D.; ARTAZCOZ, L.; RIBALTA, M. y BORRELL, C. (1999): "Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres", *Medicina Clínica*, 108, pp. 566–571.
- RUEDA, S. y ARTAZCOZ, L. (2009): "Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support", *Ageing & Society*, 29, pp. 625–647.
- RUIZ-CANTERO, M.; VIVES-CASES, C.; ARTAZCOZ, L.; DELGADO, A.; GARCÍA CALVENTE, M.; MIQUEO, C.; MONTERO, I.; ORTIZ, R.; RONDA, E.; RUIZ, I. y VALLS, C. (2007): "A framework to analyse gender bias in epidemiological research", *Journal of epidemiology and community health*, 61 Suppl 2, pp. 46–53.
- RUIZ-CANTERO, M.T.; CARRASCO-PORTIÑO, M. y ARTAZCOZ, L. (2011): "Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar", *Gaceta Sanitaria*, 25, pp. 6–12.
- SCHOFIELD, T.; CONNELL, R.; WALKER, L.; WOOD, J. y BUTLAND, D. (2000): "Understanding men's health y illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice", *Journal of American college health*, 48, pp. 247–256.
- SORENSEN, G. y VERBRUGGE, L. (1987): "Women, work and health", *Annual review of public health*, 8, pp. 25–51.
- SPURGEON, A.; HARRINGTON, J.M. y COOPER, C.L. (1997): "Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position", *Occupational and environmental medicine*, 54, pp. 367–375.
- STRANDH, M. y NORDENMARK, M. (2006): "The interference of paid work with household demands in different social policy contexts: perceived work-household conflict in Sweden, the UK, the Netherlands, Hungary, and the Czech Republic", *British Journal of Sociology*, 57, pp. 597–617.
- SUSSER, M. y SUSSER, E. (1996): "Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms", *American Journal of Public Health*, 86, pp. 668–673.
- THOMPSON, E. (2009): *Understanding How Night Work Influences the Everyday Family Lives of Nurses, Their Husbands and Children*. Guilford, Department of Sociology. University of Surrey.
- VICTORA, C.; HUTTLY, S.; FUCHS, S. y OLINTO, M. (1997): "The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach", *International journal of epidemiology*, 26, pp. 224–227.
- VIRTANEN, M.; KIVIMÄKI, M.; JOENSUU, M.; VIRTANEN, P.; ELOVAINIO, M. y VAHTERA, J. (2005): "Temporary employment and health: a review", *International journal of epidemiology*, 34, pp. 610–622.
- WALDRON, I. y WEISS CC, H.M. (1998): "Interacting effects of multiple roles on women's health", *Journal of health and social behaviour*, 39, pp. 216–236.
- WALTERS, V.; LENTON, R.; FRENCH, S.; EYLES, J.; MAYR, J. y NEWBOLD, B. (1996): "Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses", *Social science & medicine*, 43, pp. 1.627–1.636.
- WHITE, A.; DE SOUSA, B.; DE VISSER, R.; MADSEN, S.; MAKARA, P.; RICHARDSON, N. y ZATONSKI, W. (2011): *The State of Men's Health in Europe Report*. Bruselas, European Union, Directorate General for Health & Consumers.