

**La dimensión de género en salud laboral**  
**Primeras conclusiones de una encuesta europea**  
Laurent Vogel

La Encuesta del BTS

En el marco de la presidencia belga de la Unión Europea, el BTS abordó con dos centros investigadores de la Universidad Libre de Bruselas una encuesta sobre la dimensión de género en salud laboral. La encuesta se hizo fundamentalmente en base a un cuestionario y fue completada por una investigación de fuentes documentales y un seminario en Bruselas en el que el 16 de noviembre de 2001 participaron cerca de cien personas.

150 personas o instituciones han respondido al cuestionario. Las respuestas llegaron de todos los países europeos a excepción de Irlanda. España e Italia son los dos países que más han participado con 31 respuestas cada uno, seguidos de Francia y Alemania (15 respuestas). Las respuestas procedían principalmente de organizaciones sindicales (31%), entidades investigadoras (21%), instituciones encargadas de promover las políticas preventivas (13%) y de los servicios de prevención (9%). Las instituciones encargadas de las políticas de igualdad participaron en la encuesta de forma residual (4 respuestas), lo que probablemente refleja una fuerte infravaloración de las cuestiones de salud laboral en las políticas de igualdad de oportunidades.

Laurent Vogel ([lvogel@etuc.org](mailto:lvogel@etuc.org)) es el responsable de la coordinación de esta encuesta en el BTS. Se puede encontrar más información sobre la encuesta en nuestra página web: <http://www.etuc.org/tutb/fr/femmes.html>

La encuesta europea sobre la dimensión de género en salud laboral permitió descubrir numerosas iniciativas en diferentes países de la Unión Europea. Nos han llegado 240 experiencias que abarcaban una amplia variedad de problemas de salud. Esas experiencias eran investigaciones (70% de los casos), intervenciones preventivas, movilizaciones reivindicativas, etc. Desde trastornos músculo-esqueléticos a cuestiones vinculadas con la organización del trabajo, desde los sectores tradicionalmente masculinos como la construcción a profesiones fuertemente feminizadas como las enfermeras o las limpiadoras, las informaciones recopiladas demuestran que la dimensión de género empieza a ser reconocida como un elemento pertinente de la salud laboral. Parece que algunos sectores están mucho más avanzados que otros en esa materia. El 36% de las experiencias mencionadas concernían un sector específico. En uno de cada cuatro casos, o más, se trataba del sector sanitario y de los servicios sociales (principalmente enfermeras y servicios hospitalarios), uno de cada diez concernía la distribución y el comercio (principalmente cajeras de grandes almacenes). Hay relativamente pocas experiencias procedentes de la industria (menos del 25% de los sectores identificados) y entre éstas, destacan los sectores del textil, calzado y ropa.

La diversidad y la riqueza de las experiencias descritas no debería, sin embargo ocultarnos el hecho que en la mayoría de los casos, las políticas de salud laboral y la práctica preventiva siguen estando construidas en base a un modelo de neutralidad en cuanto al género de "los trabajadores", siendo su referente implícito el del trabajador masculino. Sería por lo tanto útil analizar los obstáculos que dificultan que se tome en cuenta la dimensión de género en la salud laboral. Esos obstáculos interaccionan con las cuatro principales áreas objeto de la encuesta: la producción de conocimientos, la aplicación de políticas, las prácticas profesionales de prevención, las prácticas de

resistencia de los colectivos de trabajo. En gran medida, dichas interacciones actúan como círculos viciosos: no se investiga sobre lo que no se quiere transformar, no se cambia de política cuando los indicadores no resultan inquietantes, los profesionales están preparados para afrontar riesgos tradicionales y consideran que la dimensión de género no constituye una categoría a tomar en cuenta, etc... En lo que se refiere a las prácticas de resistencia de los trabajadores y las trabajadoras, éstas son muy reales y se manifiestan entre otros a través de una conflictividad social cuyos primeros ejemplos podemos encontrar hace más de un siglo. Pero la radicalidad de las cuestiones que plantean dificulta su transmisión entre generaciones y su generalización en forma de estrategia de conjunto.

#### 1. La producción de conocimientos

La salud laboral nunca ha sido objeto de una disciplina científica autónoma y su lugar entre las ciencias de la salud es bastante marginal. Se puede observar una fuerte subordinación de la investigación en materia de salud laboral a la demanda inmediata generada por las políticas desarrolladas en esa área. A menudo, las instituciones nacionales que privilegian una concepción técnico-médica de la prevención, gestionadas de manera paritaria o tripartita constituyen los grandes polos de la investigación en materia de salud laboral. Cuando esas instituciones dependen de los sistemas de indemnización tienden a definir sus prioridades basándose en los costes visibles que los daños a la salud suponen para esos sistemas. Generalmente, las instituciones encargadas de la salud laboral son poco sensibles a la dimensión de género.

Los países nórdicos constituyen, desde hace unos diez años, la única excepción. En los demás países, la aportación investigadora es realizada por instituciones "más marginales" en relación con las estructuras de investigación en salud laboral o a partir de iniciativas colectivas de entidades o personas implicadas en las políticas preventivas que no siempre disponen de un apoyo institucional importante: iniciativas sindicales, redes de médicos del trabajo, prevencionistas, etc...

La investigación también está marcada por la compartimentación de las políticas. Así, existen numerosas investigaciones sobre la segregación profesional; sin embargo son escasas las que abordan las cuestiones de salud laboral relacionadas con esta segregación. En numerosos países existen encuestas detalladas sobre el "presupuesto del tiempo" que describen la asignación del tiempo a las diferentes actividades desde la perspectiva de género. La mayoría de esas investigaciones no relacionan ese "presupuesto del tiempo" con las condiciones laborales para analizar como pueden ser excluyentes o dañinas para la salud dificultando al máximo cualquier tipo de estrategia de conciliación.

Las conclusiones prácticas de las investigaciones en materia de salud laboral que abordan la dimensión de género parecen ser relativamente débiles, en parte porque plantean cuestiones que se salen de los límites tradicionales de las políticas de prevención. Esta situación no es sin embargo inmutable tal y como lo demuestra la experiencia del CINBIOSE de Québec<sup>1</sup>, pero sigue desempeñando un papel inhibitorio en Europa.

---

<sup>1</sup> Messing K. (1999) Comprendre le travail de femmes pour le transformer, BTS. (ojo incorporar reseña del libro editado en castellano)

## Las múltiples dimensiones de género

El análisis de las respuestas dadas a nuestro cuestionario demuestra una gran diversidad en la interpretación de la noción misma de la dimensión de género para la investigación en salud laboral.

Para algunos/as basta con que la investigación abarque una población que incluya una proporción importante de mujeres para considerar abordada la dimensión de género. En esos casos todas las investigaciones sobre enfermeras o trabajadoras de la industria textil son consideradas como concernientes la dimensión de género. Para otros/as, hace falta que en el análisis del problema tratado por lo menos se haya considerado y comparado dos grupos, el de los varones y el de las mujeres. Así numerosas respuestas hablan de investigaciones sobre salud reproductiva, acoso sexual o moral o sobre la conciliación entre la vida profesional y los otros aspectos de la vida.

Otras investigaciones van mucho más lejos y prestan mayor atención a los vínculos existentes entre la organización del trabajo y determinantes sociales más globales. Examinan entre otros cómo el trabajo remunerado se articula en torno (y en el caso de las mujeres a menudo es modelado por) el trabajo no remunerado. También tratan de la construcción social de lo masculino (o de la virilidad) y de lo femenino tanto en el trabajo como fuera de él. En ese sentido, una investigación puede perfectamente incluir la dimensión de género en un estudio de una población exclusivamente masculina<sup>2</sup>.

No se trata de proponer una definición normativa de la dimensión de género que permita en cierta medida clasificar la investigación. Diferentes concepciones de la dimensión de género aparecen en función de las múltiples disciplinas y opciones políticas y metodológicas. Se trata de asegurar un debate entre los diferentes enfoques. Ninguna de las disciplinas científicas que intervienen habitualmente en el campo de la investigación en salud laboral (medicina, ergonomía, psicología, toxicología, etc..) garantiza por si sola que la dimensión de género ser plenamente reconocida. Dos condiciones parecen ser importantes a la hora de superar este obstáculo.

## Miradas cruzadas

La unidad de sujeto, la salud del ser humano en sus relaciones con el trabajo son objeto de un parcelación entre las diferentes disciplinas que los captan a través de una rejilla de análisis específica y también, entre las diferentes problemáticas abordadas (tiempo de trabajo, salud mental en el trabajo, patologías laborales, articulación entre trabajo remunerado y no remunerado, etc...) Abordar la dimensión de género implica, al mismo tiempo la interdisciplinariedad y el cruce de problemáticas tratadas. Es desde esa perspectiva que Eleonora Menicucci<sup>3</sup> habla de la necesidad de una "mirada transversal" que vaya más allá del análisis de los riesgos laborales y trate de la interacción del tiempo doméstico y social.

---

<sup>2</sup> Ver Molinier P. (1997), "Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité", in Appay et Thébaud-Mony, (dir.) (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, CNRS-IRESO. pp. 285-292 et Kjellberg, Men are also gendered in Kilborn A, Messing K, Bildt Thorbjörnsson (ed.) (1998), *Women's Health at Work*, Stockholm : NIWL, pp. 279-307

<sup>3</sup> Menicucci E., Scavone L. (coord.) (1997), *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiânia: A.B. Editora

## ¿Quién plantea las cuestiones ?

Cuando se revisa la investigación en salud laboral, es importante saber quién plantea las cuestiones a tratar. Karen Messing<sup>4</sup> subraya hasta que punto la ciencia puede llegar a ser tuerta. Esta autora habla de la falta de interés por parte de los investigadores por la cuestión de la influencia de las condiciones laborales sobre las menstruaciones. Por el contrario, varias encuestas realizadas entre delegadas sindicales de sectores fuertemente feminizados demuestran que es un asunto planteado por las trabajadoras asiduamente. La consideración de la subjetividad, es decir las experiencias individuales y colectivas de las trabajadoras y trabajadores en la definición de las cuestiones, sigue siendo bastante marginal en la organización de la investigación en salud laboral. Hay un problema real de definición de la demanda social, en parte vinculado al funcionamiento de los “grandes demandantes institucionales” cuyo patrocinio pretende condicionar la actividad. En el excelente libro de Laura Corradi<sup>5</sup> sobre el trabajo nocturno en las fábricas del grupo Barilla en Italia, se aborda de manera convincente la reflexión sobre el vínculo entre la pertinencia de las cuestiones planteadas y la experiencia directa de los colectivos laborales.

## 2. El estado de las políticas

La característica más generalizada de las políticas aplicadas es la compartimentación de las áreas de salud laboral, igualdad y salud pública. Se constata una muy débil apertura de cada de esas políticas a la problemática de las demás. Ello conduce, en nuestra opinión, a una pérdida de eficacia de cada una de ellas en su propio campo.

### Las políticas de salud laboral

Generalmente, las políticas de salud laboral han ignorado la interacción entre el trabajo remunerado y el no remunerado y se han desarrollado sobre todo como políticas correctivas en las que la dimensión de género aparecía, en el mejor de los casos, como un elemento complementario orientado a abordar algunos problemas particulares de las mujeres (catalogadas como “grupo de riesgo”, al igual que los jóvenes o los discapacitados).

Esta política, primero ha sido marcada por un enfoque proteccionista-excluyente con algunos elementos que siguen presentes. Se remonta al siglo XIX y constituye el enfoque predominante por lo menos hasta los años cincuenta del siglo XX y entre sus elementos podemos citar múltiples prohibiciones y la edición de reglas diferentes en función del sexo en diferentes aspectos(entre otros el levantamiento de pesos, la exposición al plomo, etc...). Más allá de las normas legislativas, la práctica tiende a legitimar la segregación sexual del trabajo. Hay diversas medidas de prohibición: prohibición del trabajo nocturno para las mujeres en la industria, la exclusión de las mujeres de las minas y de trabajos subterráneos, etc... Si se examina su motivación, detectamos razones muy variadas, desde la defensa de la salud hasta la defensa de la moralidad pasando por una reafirmación implícita de algunas prerrogativas de la virilidad. Así, en España la legislación franquista

---

<sup>4</sup> Messing K. (1998), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*, Montréal-Toulouse: Ed. du remue-ménage-Octares. Título de la versión inglesa : Messing K. (1998), *One-eyed science : occupational health and women workers*, Philadelphia, Temple University Press.

<sup>5</sup> Corradi L. (1991), *Il tempo rovesciato. Quotidianità femminile e lavoro notturno alla Barilla* Milan : FrancoAngeli

prohibía a las mujeres menores de 21 años conducir tractores y cualquier otro vehículo de tracción animal. Así mismo las mujeres tenían prohibido forjar metales.

El enfoque proteccionista se completa por un reconocimiento de la especificidad de las mujeres sólo en la medida en que ésta se basaba en fundamentos biológicos. Eso explica la reaparición de la palabra “trabajadora” en un contexto particular: el de la maternidad. Lo “biológico” aparece aquí también como una técnica para naturalizar lo que es una función social. Para explicarlo más claramente, se trata de un enfoque que es demasiado específico y a la vez muy poco específico.

Es demasiado específico en la medida en que la mayoría de los factores que amenazan la salud reproductiva no sólo afectan la salud de las mujeres embarazadas. Generalmente afectan a diferentes niveles la salud de los varones y de las mujeres. En numerosos casos, las normas específicas para proteger la maternidad sirvieron para evitar el debate de fondo sobre la eliminación en origen de agentes nocivos para la salud. Permitieron una aparente prevención, apartando a las mujeres embarazadas de las situaciones particularmente peligrosas sin resolver el problema en su origen mediante medidas de prevención colectiva.

Muy poco específico ... en la medida en que este repentino interés por la biología femenina se limita únicamente a la maternidad. Casi nunca se abordan otras cuestiones vinculadas a la especificidad biológica. La literatura sobre las relaciones entre las condiciones laborales y las alteraciones del ciclo menstrual es casi inexistente. El estudio de las especificidades relacionado con la exposición a sustancias peligrosas, ya sea a causa de su relación con la actividad hormonal, ya sea a causa de la diferente composición de algunos tejidos, también está muy poco desarrollado. Sólo recientemente se han empezado a hacer estudios sobre las posibles correlaciones entre el cáncer de mama y el trabajo nocturno<sup>6</sup>.

El enfoque proteccionista progresivamente ha ido cediendo terreno a un enfoque “neutro del punto de vista del género” que consiste en aprehender las cuestiones de salud laboral desde el punto de vista de un trabajador abstracto cuyo referente implícito es la normalidad de del trabajo masculino (“normalidad” prefabricada y que obviamente no se corresponde con la extrema diversidad de trabajadores masculinos en la realidad). Hoy en día está es la característica predominante de las políticas de salud laboral en la Unión Europea y en sus Estados miembros a pesar de la retórica sobre el *mainstreaming*.

La falacia de la neutralidad de género aparece cuando nos preguntamos sobre el único sector sistemáticamente excluido de la reglamentación sobre salud laboral en la Unión Europea. Hablamos aquí de los trabajadores domésticos quienes son, y no debemos ignorarlo, ante todo trabajadoras domésticas. El trabajo doméstico remunerado es considerado por los legisladores como una simple extensión del trabajo no remunerado que “de manera natural” incumbe a las mujeres. Esta percepción de la división del trabajo permite negar los riesgos de ese trabajo, tanto los que son inherentes a cualquier tipo de trabajo doméstico (remunerado o no) como los riesgos específicos que el estatus de asalariado introduce o incrementa. Y sin embargo, los pocos datos disponibles sobre el trabajo doméstico asalariado indican que se trata de un sector con riesgos importantes. Así, los datos belgas sobre accidentes laborales demuestran un índice de gravedad global mayor a la media del sector privado (12.10 por mil contra 2.18 en 1998). Diferentes encuestas

---

<sup>6</sup> Hansen, J. (2001). Light at Night, Shiftwork, and Breast Cancer Risk. *J Natl Cancer Inst* vol. 93, pp. 1513-1515.

indican igualmente que se trata de un sector en el que las relaciones de dominación pueden estar marcadas por una gran violencia, entre otros en el caso de las trabajadoras de países no comunitarios y sin posibilidad de encontrar legalmente otro empleo.

### Las políticas de salud pública

A pesar de las políticas de salud pública en los últimos años hayan abordado la dimensión de género de manera creciente, los asuntos privilegiados han sido las diferencias biológicas y los comportamientos individuales o estilos de vida (o una mezcla de esos dos componentes si nos referimos a las políticas concernientes al cáncer de mama). El trabajo, tanto remunerado como no remunerado, prácticamente no aparece en la mayoría de los estudios sobre la dimensión de género de la salud<sup>7</sup>. Los factores descritos tienen en común los siguientes elementos: ignoran las relaciones sociales de sexo, reconociendo (y esa es su aportación más positiva) que los enfoques tradicionales de la salud están poco atentos a los “problemas específicos” de las mujeres. Se han iniciado algunos estudios acerca de la correlación entre la salud y el trabajo no remunerado, pero se trata de sobre todo de detectar los problemas de las mujeres que no tienen acceso al trabajo remunerado más que profundizar en el vínculo entre la “doble jornada de trabajo” y la salud.

Existe un obstáculo metodológico que concierne tanto a varones como a mujeres, pero su impacto es mayor sobre estas últimas. La salud pública tiende a integrar las condiciones laborales sólo si existe un vínculo inmediato y directo entre un factor determinado y una patología. Es muy reticente a integrar el conjunto de las condiciones laborales en un análisis de determinantes sociales de la salud<sup>8</sup>. Este desconocimiento está directamente relacionado con un obstáculo político. La incursión de la salud pública en la esfera del trabajo asalariado tropieza siempre con una fuerte resistencia de la patronal. El lugar de trabajo se concibe como un espacio privado y la gestión de las empresas es reivindicada como una prerrogativa de los empresarios. Incluso en los casos en los que la relación entre una exposición profesional y la enfermedad es evidente, la patronal siempre ha reivindicado el control sobre la evaluación de riesgos (para poder minimizarlos) y ante todo, un monopolio de la toma de decisiones en lo que concierne la gestión de riesgos. Basta con acordarse de las catástrofes sanitarias de la silicosis y las enfermedades causadas por el amianto. Una política de salud pública relacionada con el trabajo haría estallar el frágil compromiso existente alrededor de la noción de “riesgos profesionales”. Demostraría que los daños a la salud no surgen únicamente a raíz de acontecimientos accidentales o anormales, sino que también son el efecto normal del trabajo asalariado, del desgaste y de los múltiples daños a la salud que éste produce a diario.

---

<sup>7</sup> Entre las escasas excepciones cabe destacar en caso de Alemania: Ducki A (2001), Arbeit und Gesundheit, in : *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Ein Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart : Kolhammer, pp. 366-446. Y en el caso sueco podemos citar el libro de P. Ostlin *et alii*, *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Harvard School of Public Health, 2001.

<sup>8</sup> Particularmente impactantes el ejemplo de la tuberculosis. La epidemiología y las políticas antituberculosas eluden casi por completo la cuestión decisiva del desgaste por el trabajo (Cottreau A, La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?, *Sociologie du Travail*, 1978, n° 2, pp. 192-224.). La manera en que las políticas de salud pública abordan el cáncer también revela una estrategia de eludir las condiciones laborales.

## Las políticas de igualdad de oportunidades

La política de igualdad de oportunidades no pretende la división social del trabajo ni cuestionar la dominación masculina. Se trata ante todo de asegurar las mismas oportunidades para todos los individuos, independientemente de su sexo, en el mercado de trabajo y asegurar a estos individuos que a igual trabajo corresponde igual salario y la igualdad de las demás condiciones laborales. Desde esa perspectiva, los factores de desigualdad a menudo se consideran secuelas del pasado. Podemos observar la misma, cada vez más marcada tendencia a rechazar "situar" las desigualdades en un contexto de relaciones sociales de sexo.: las acciones positivas se limitan a promover el "sexo infrarrepresentado", mientras que los recursos ante la justicia basados en disposiciones comunitarias han podido en algunos casos paralizar las medidas nacionales tendentes a promocionar el acceso de las mujeres a funciones donde éstas constituyen una minoría, dado que esas medidas podrían representar una "discriminación en razón de sexo"<sup>9</sup>.

No hay nada que obligue al empresario a hacer evolucionar su organización del trabajo y darle un carácter mixto de tareas y funciones. Eso explica claramente porque las políticas de salud laboral no se articulan con las que atañen la igualdad. El que la definición de las cargas de trabajo desemboque siempre en la desvalorización sistemática del trabajo femenino, que los contenidos de las tareas estén fuertemente sexuados, limitado enormemente el empleo de varones o de mujeres en actividades determinadas en base a la asignación de roles estereotipados, que en las relaciones contractuales se puedan observar significativas separaciones (tiempo parcial, contratos temporales, etc...) son todos elementos que conciernen tanto la salud laboral como la igualdad. En numerosos países, se desarrollan acciones positivas para transformar las profesiones en mixtas. La mayoría de los casos que nos han sido presentados no aborda la transformación de las condiciones laborales colectivas y se limita generalmente a la formación profesional ligada a veces a medidas de acompañamiento psicológico.

El ejemplo de acoso sexual también es revelador. El enfoque comunitario (seguido de amplias medidas nacionales) privilegia un enfoque individual que aborda la cuestión en términos de relación entre el acosador y la persona acosada. Pero esta visión se queda estrecha si no tomamos en cuenta que el acoso sexual puede también estar ligado a la organización del trabajo y convertirse en instrumento de la preservación de la dominación masculina. Resulta significativo poder constatar la importancia de este fenómeno en profesiones tradicionalmente cerradas a las mujeres. Ello nos lleva a pensar que además de la finalidad sexual individual, podría haber una finalidad colectiva que es más política y simbólica que sexual: está destinada a preservar las relaciones jerárquicas en las que la dimensión de género juega un papel importante. A pesar de las evidencias que demuestran que el acoso sexual constituye un peligro para la salud, nunca se le ha considerado como un tema de salud laboral y contar con instrumentos en ese área.

### 3. La actualidad de un debate que aclara las lógicas de soslayamiento

El análisis de la dimensión de género en salud laboral no responde a un esfuerzo de perfeccionamiento teórico, sino que tiene profundas implicaciones para la definición de políticas y en las estrategias de prevención.

---

<sup>9</sup> Ver sentencia Kalanke, **Tribunal Europeo de Justicia del** 17 de octubre de 1995, *Rec.*, I, p. 3069

La evolución del trabajo establece nuevas fronteras de desigualdad más que una desagregación del trabajo (tanto del remunerado como el no remunerado). Las modalidades de la división del trabajo varían, pero persiste el impacto sobre la salud de los varones y de las mujeres.

Si el problema se limitara a una distribución diferente de riesgos según las profesiones y los sectores, no plantearía dificultades sustanciales para las políticas de prevención. Pero el análisis del impacto de las condiciones laborales sobre la salud demuestra que no se trata de un simple reparto aleatorio entre hombres y mujeres. En otras palabras, la propia construcción de la división sexual del trabajo incorpora como uno de sus determinantes la banalización de los riesgos vinculados a los estereotipos masculinos y femeninos.

En la tipología establecida por Philippe Daviezies<sup>10</sup> los daños a la salud pueden analizarse en tres grupos.

- ⇒ Los daños directos a la integridad física que generalmente se deben a agentes materiales (máquinas, sustancias) o factores físicos;
- ⇒ Los fenómenos de sobreesfuerzos debidos al uso inapropiado o excesivo por parte de varones y mujeres. En este caso se trata de la propia actividad laboral y su intensidad o repetitividad.
- ⇒ Atentados contra la dignidad. En este caso podemos hablar de un multiplicación de las formas de violencia psicológica (humillaciones, novatadas, acoso moral).

Obviamente estos tres grupos no constituyen categorías impermeables. Existe una interacción entre los diferentes tipos de daños a la salud. Por diversas razones relacionadas con la división sexual del trabajo, las mujeres, hoy en día, se encuentran más amenazadas por los daños del segundo y tercer grupo<sup>11</sup>. Concretamente, podemos constatar la acrecentada taylorización de algunas actividades femeninas en la industria y la introducción de algunas formas de taylorismo en actividades de servicios fuertemente feminizadas (trabajo hospitalario, distribución, call centres, etc...).

Podemos también citar las encuestas de la DARES en Francia que evidencian que para las obreras se siguen manteniendo "los inconvenientes del traylorismo sin sus ventajas"<sup>12</sup>. El siguiente cuadro es significativo:

<b>% de personas que declaran que :</b>	<b>Obreras</b>	<b>Obreros</b>
Trabajan en cadena	24 %	7 %
Su trabajo es repetitivo con ciclos inferiores a un minuto	27 %	10 %
Los superiores les dicen cómo tienen que hacer su trabajo .	29 %	21 %
El ritmo de trabajo es controlado por lo menos diariamente por los superiores	43 %	37 %

<sup>10</sup> Davezies P. (1999), Evolucion de las organizaciones del trabajo y daños a la salud, Contribución al seminario « Nouvelles organisations du travail, in : *Travailler*, n°3.

<sup>11</sup> Ello parece, entre otros, en los trabajos realizados por Annie Thébaud-Mony et Véronique Daubas-Letourneux basados en los datos de la encuesta de la Fundación de Dublín relativos a las condiciones laborales en Europa. Les agradezco que me hayan facilitado esos datos antes de su publicación.

<sup>12</sup> <sup>12</sup> Es una frase de de Gollac et Volkoff, *Les conditions de travail*, Paris, Éditions La Découverte. 2000, p. 64.

El ritmo de trabajo está determinado por normas o plazos a respetar de una hora o menos	41 %	34 %
La empresa determina sus horarios sin que puedan modificarlos	84 %	87 %
No pueden elegir los momentos de descanso	22 %	13 %
No pueden hablar durante el trabajo	10 %	2 %
Nunca tiene la oportunidad de abordar de manera colectiva los problemas de organización o de funcionamiento del servicio.	54 %	38 %
Viven en tensión en sus relaciones con los superiores	25 %	31 %

Fuente : encuesta DARES 1998 in Gollac et Volkoff, 2000, p. 65

Las prácticas preventivas generalmente han privilegiado el primer grupo de daños a la salud. Esos daños pueden en cierta medida desvincularse del funcionamiento normal del trabajo y ser presentados como “accidentes” o “disfunciones”. En algunos casos, los daños a la salud constituyen un problema para la producción y se puede considerar que había un interés común de aplicar medidas preventivas.

La mayoría de las encuestas sobre condiciones de trabajo indican que las mujeres suelen estar más expuestas a sobreesfuerzos y a los atentados contra la dignidad<sup>13</sup>. Esos daños suelen considerarse como mínimo como disfunciones de la organización productiva. Están, sin embargo, directamente vinculadas con la intensidad del trabajo (y con su rentabilidad desde el punto de vista del capital) y con su organización jerárquica.

Por otra parte la dimensión de género implica también que se tome en cuenta la relación entre el trabajo remunerado y el no remunerado. Finalmente la estrecha vinculación entre las relaciones laborales y los roles estereotipados desemboca en un análisis crítico de la construcción de lo masculino (o de la virilidad) y de lo femenino.

A partir de allí, las prácticas preventivas deberían empezar a cuestionar los determinantes centrales de la organización del trabajo y de la reproducción social. Pero por esa misma razón dejarán de ser simplemente prácticas preventivas. Perderán su estatus de neutralidad técnica que las caracteriza frecuentemente. Podrán integrarse en las prácticas de transformación políticas y sociales que se desarrollan en un campo mucho más amplio que la mera eliminación de los riesgos laborales. Eso podría explicar los potentes mecanismos de ocultación cuya existencia pudimos comprobar.

---

<sup>13</sup> Esos datos deben analizarse con prudencia . las modalidades de exposición de las mujeres a los riesgos físicos y químicos provocan a menudo que estos se subestimen. Un estudio alemán sobre la exposición a los riesgos químicos demuestra que las modalidades de exposición y de control de las exposiciones concluye que existe se subestiman considerablemente los peligros que conciernen a las trabajadoras. G. Kliemt, *Arbeitsplätze mit Gefahrstoffbelastung und hohem Frauenanteil*, BAuA, 1995.