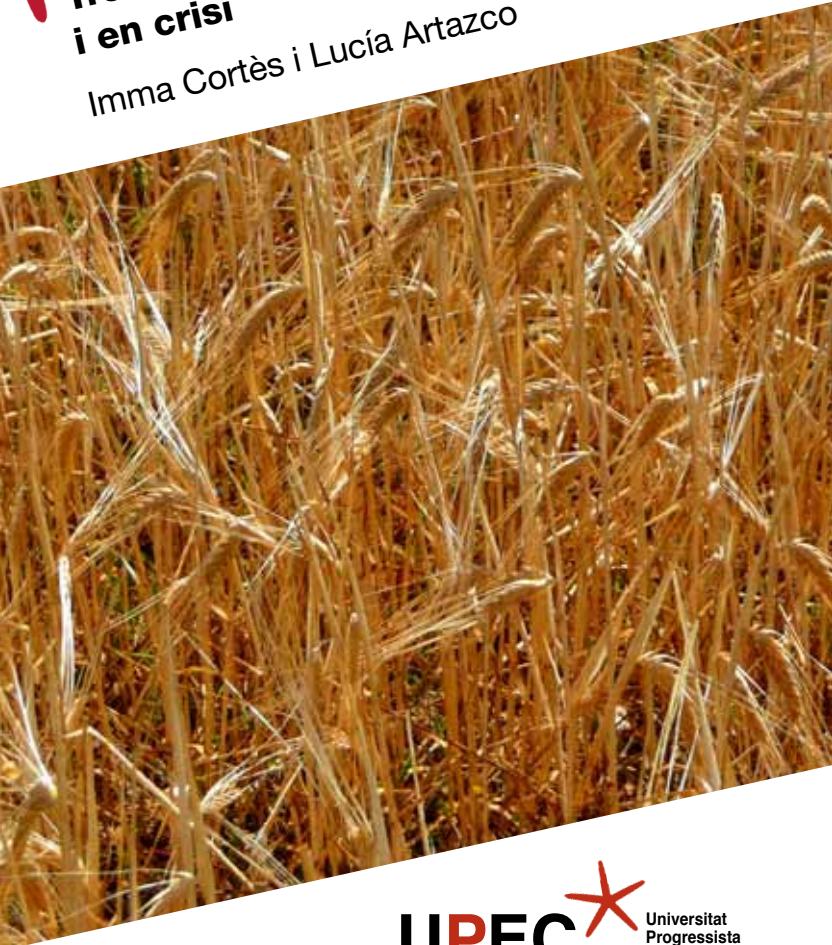




17

Treball i salut en un món globalitzat... i en crisi

Imma Cortès i Lucía Artazco



UPEC



Universitat
Progressista
d'Estiu de Catalunya

Universitat Progressista
d'Estiu de Catalunya (UPEC) és filla d'un
llinatge que no vol que resti desconegut.
Fills i néts de les aspiracions de les classes
populars catalanes del segle XIX, plasmades
en el seu vell lema "Instruir-vos i sereu lliures, associeu-
vos i sereu forts, estimeu-vos i sereu feliços", fills i néts
de l'esforç de la primavera republicana dels anys trenta
on s'anunciava que "Per damunt de tot, cultura.
Res no quedarà de l'esforç cívic dels nostres dies sense
la pressió d'un ambient que ens porti a tots pels
camins més càlids de la intel·ligència" i fills i néts de
l'antifranquisme social i polític que aconseguí reconstruir
la raó democràtica al nostre país, volem que el llegat del
passat també teixeixi el nostre present cap al futur.



Autoras: Imma Cortès i Lucía Artazco
Assessorament lingüístic: Montse Alba i Mar Olivé
Coordinació de la publicació: Montse Alba

Edita: UPEC
Producció: Primera Impressió
ISBN. 978-84-614-1968-5
DL. B-27548-2010

El contingut d'aquesta publicació pot ser reproduït, sempre que se'n citi la procedència.

Aquest llibre està imprès en paper certificat FSC, Boscos Ben Gestionats, Fons controlades i fusta i fibra reciclada.

TREBALL i SALUT en un món globalitzat ... i en crisi¹



Imma Cortès

Metgesa.

Coordinadora de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona

Lucía Artazco

Directora de l'Institut de serveis a la comunitat de
l'Agència de Salut Pública de Barcelona

¹ Presentació basada en el document: Cortès I, Artazco L. Treball i salut a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.
Accessible a <http://www.aspb.cat/quefem/docs/Treball%20i%20salut%20BCN.pdf>



Des de mitjan anys setanta les societats occidentals es troben en un procés de canvi del model econòmic que està comportant importants transformacions en el sistema productiu i les relacions laborals. La globalització econòmica i la terciarització de l'economia i de la població activa en els països desenvolupats són dos dels canvis de més relleu. Aquesta tendència s'acompanya de la major valoració del coneixement i de la formació, de manera que en l'actualitat cada cop menys llocs de treball es caracteritzen per les exigències físiques i cada cop més són les de tipus mental i emocional les preeminents. Una tercera tendència ve marcada pel canvi tecnològic constant i accelerat representat sobretot per les tecnologies de la informació. També es produeixen noves formes d'organització del treball i de la producció que tenen com a element central la idea de la flexibilitat com a forma de millorar la productivitat de la

població treballadora i la seva adaptació als canvis constants.

D'altra banda, la incorporació massiva de les dones al mercat de treball fa entrar en crisi el model tradicional de divisió sexual del treball, comporta importants transformacions socials i està exigint una adaptació de les dues principals esferes en les quals fins fa ben poc es dividia de manera rígida la vida social: el treball remunerat i el treball domèstic i familiar. Malgrat això, el mercat laboral encara manté una profunda segregació de gènere, tant horitzontal com vertical, i en les llars els papers d'homes i dones canvien poc. Així, el problema de la conciliació de la vida laboral i familiar sorgeix en intentar compaginar la família i el treball remunerat, sense que s'hagi complementat la transició cap a un model nou sustentat en un repartiment equilibrat dels papers d'homes i dones en l'àmbit familiar.

6

Globalització de l'economia i salut

Amb l'atenció de bona part del món centrada en l'actual crisi econòmica i l'impacte que està tenint en la vida de les persones, sembla que un aspecte tan important com els efectes en la salut quedi relegat a un pla secundari. Una anàlisi de la relació entre els

canvis econòmics i la salut no hauria de passar per alt que el control del mercat de treball ja no està en els governs sinó que ha passat a les grans multinacionals i les entitats financeres, l'objectiu de les quals és el benefici econòmic, no la salut, el benestar de les persones ni el desenvolupament social.

Algunes característiques de la globalització de l'economia tenen un impacte potencial en la salut de les persones, per exemple:

- L'augment de la competitivitat entre les empreses es tradueix en un increment de la pressió sobre la població treballadora.
- La deslocalització d'empreses comporta que als països més desenvolupats es quedin les activitats més qualificades mentre que als països en desenvolupament es traslladen les feines menys qualificades.
- Hi ha una major percepció d'inestabilitat laboral entre la població treballadora, que es veu forçada a canvis constants per tal adaptar-se a les noves necessitats, a canvis geogràfics o de lloc de treball no desitjats, amb l'amenaça sempre present de la pèrdua de la feina.



- L'atur se sol considerar un factor primari d'exclusió social que impedeix l'accés als beneficis del treball remunerat, deteriorant la salut a través de la reducció dels ingressos econòmics i la consegüent dificultat per accedir a béns saludables, però també afecta la salut per la reducció o pèrdua d'altres beneficis del treball remunerat com són estatus social, estructura del dia, motivació per viure cada dia, relacions socials o autoestima.
- La incertesa laboral que comporta l'estesa temporalitat en les formes de contractació s'associa a problemes de salut, sobretot de tipus mental, especialment per a les persones amb més dificultats per trobar feina.
- Finalment, treballadors i treballadores en situacions vulnerables (bé sigui per la por a perdre la feina i les dificultats per trobar-ne una altra, bé sigui per la situació econòmica familiar) es veuen pressionats a allargar les jornades de treball amb el consegüent efecte negatiu en la seva salut.

El treball i la salut des de dues perspectives

Analitzar la relació entre el treball i la salut requereix tenir en compte dues perspectives que tradi-

cionalment solen considerar-se per separat. D'una banda, la salut laboral clàssica se centra en l'estudi dels riscos laborals (d'higiene, seguretat, ergonòmics i psicosocials) i l'efecte que tenen en la salut de la població ocupada.

L'altre perspectiva, que prové de l'estudi de les desigualtats socials en la salut, té en compte el treball com a element estructural determinant de desigualtats socials que condicionen alhora desigualtats en salut. Així, tenir o no tenir treball i les condicions en què es realitza és un important determinant social de la salut i alhora, donat que ambdues característiques tenen una distribució socialment desigual, són factors que determinen desigualtats socials en salut. La classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia, la immigració o l'àmbit geogràfic són eixos de desigualtat social amb impacte en la salut.

Un tercer element, absent habitualment en l'àmbit de la salut laboral, és el treball domèstic i familiar, abordable també des de les dues perspectives comentades: les desigualtats socials (és un treball majoritàriament realitzat per les dones i amb major dedicació per les de classes socials menys benestants) i l'exposició a riscos laborals.



El treball remunerat, un determinant de desigualtats

Es comenten a continuació alguns aspectes del treball remunerat, el seu impacte en la salut i la diferent distribució social que presenten. En general la situació és pitjor per a les dones i les classes socials menys benestants¹.

L'atur

10

Davant les alarmants i creixents taxes d'atur, un aspecte que sol quedar relegat a un segon terme és l'impacte en la salut de la pèrdua o la manca de treball remunerat. L'atur s'ha associat amb diferents problemes de salut, sobretot de tipus mental, però també a una major mortalitat i diferents problemes de salut física^{2,3}. Per exemple, un estudi longitudinal amb un seguiment de 10 anys mostrava que l'atur té un fort efecte en la incidència de malalties limitants i que tornar a treballar es relaciona amb la recuperació d'aquestes malalties⁴. D'altra banda, la pèrdua del treball típicament s'ha associat amb efectes negatius en la salut mental⁵, mentre que aconseguir un lloc de treball ho ha estat amb la seva millora⁶.

Les dificultats financeres que afronten les persones aturades són una de les principals causes del deteriorament de la salut, fet que han posat en evidència alguns estudis que mostren l'efecte protector en la salut mental del pagament de prestacions econòmiques d'atur. Per exemple, en un estudi dut a terme a Catalunya s'observava que les persones en atur que no rebien prestació econòmica tenien una pitjor salut mental que les que sí que en rebien⁷.

A Barcelona, el 52,6% de la població aturada no cobrava aquesta prestació, segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2006 (ESB06). Segons aquesta font, la major proporció de població activa que no cobra cap prestació econòmica d'atur es dona entre les dones i les classes socials més desfavorides. Cal destacar la major proporció de dones aturades de classes manuals que no cobraven prestació d'atur (el 6,8%).

En el mateix estudi realitzat a Catalunya també s'observava que l'atur tenia un impacte superior en els homes menys qualificats, sobretot si estan casats o viuen en parella, mentre que entre



les dones conviure amb criatures actuava com a factor protector, resultats congruents amb la divisió sexual del treball amb relació al gènere.

La inestabilitat laboral

12

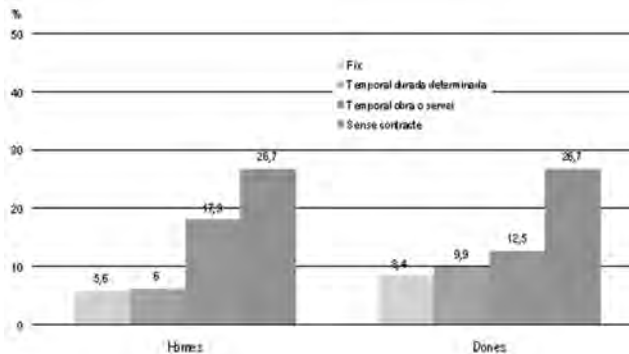
La inestabilitat laboral és un factor d'incertesa en bona mesura relacionat amb la globalització de l'economia i amb algunes mesures adreçades a incentivar la contractació laboral. De la mateixa manera que l'atur, sovint es tenen poc en compte els efectes que pot tenir en la salut, que s'han estudiat sobretot en l'àmbit de la salut mental, i que afecten sobretot els treballadors i treballadores amb més dificultats per trobar una feina quan finalitza un contracte⁸. Alguns estudis sobre la contractació temporal també l'associen amb major incidència d'accidents de treball⁹, menors nivells de salut laboral i major morbiditat i mortalitat general¹¹ i també pitjor salut social⁸.

En un estudi dut a terme a Catalunya s'observava que la salut mental era pitjor en les persones amb situacions laborals més inestables, sobretot les que tenien contractes d'obra i servei i les que treballaven sense contracte, a més, l'efecte es donava sobretot en els treballadors més vulnerables,

sense cap impacte en els homes més qualificats (vegeu Figura 1). D'altra banda, l'impacte en la salut social es posava de manifest en observar que la proporció d'homes que tenien fills era menor entre els que treballaven amb contractes temporals d'obra o servei, independentment de l'edat i de la classe social. A més, els homes en ocupacions no manuals amb aquest tipus de contractes era més freqüent que no es casessin ni visquessin en parella (en comparació també amb els contractats fixos amb el mateix tipus d'ocupació i edat)⁸.



Figura 1. Mal estat de salut mental en població ocupada manual segons tipus de contracte i sexe



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2006

Segons l'ESB06 les classes socials manuals tenen menor proporció de contractes fixos i major proporció de les formes més inestables de contractació (destaca el 6,6% dels homes de classes IV-V amb contractes temporals d'obra o servei i el 9,5% de les dones del mateix grup que treballaven sense contracte).

Les reestructuracions de plantilla i els ERO

14

No tenim estudis a casa nostra sobre l'impacte en la salut de les reestructuracions de plantilles (el que se sol anomenar "downsizing"), els duts a terme en altres països europeus mostren l'efecte negatiu no només en les persones acomiadades sinó també en les que mantenen el seu lloc de treball en les empreses afectades per la reestructuració. Així, un estudi longitudinal dut a terme a Finlàndia comparava la prescripció mèdica de psicofàrmacs a persones en empreses que havien tingut una reestructuració, amb persones en empreses que no n'havien tingut. Els resultats mostraven que hi va haver una major prescripció de psicofàrmacs en els homes en ocupacions manuals que havien perdut la feina, seguits de les persones que mantienien el seu lloc de treball després de la reestructuració (efecte que va ser supe-

rior en els homes que en les dones). Aquest darrer resultat s'explicava perquè les persones que mantenen el seu lloc tenen un augment de la càrrega de treball, un augment de la inseguretat i una disminució del control sobre el treball. A més el personal temporal sovint és el primer a perdre la feina la qual cosa suposa que la major quantitat de feina, l'han de fer les persones amb contractes més estables que sovint són també més grans¹².

Davant aquests resultats cal preguntar-se per l'efecte en la salut laboral de la població treballadora de Catalunya després de l'allau d'ERO. Fa pocs mesos, l'endemà mateix de la bona notícia d'haver-se aconseguit que la producció de l'Audi Q3 es realitzaria a Catalunya, un alt responsable de l'empresa feia unes declaracions felicitant-se per l'esdeveniment i fent una crida als treballadors que manteni en el seu lloc, en el sentit que seria necessari fer un esforç per tal de dur el projecte endavant.

El país d'origen

En l'actualitat hi ha quasi dos-cents milions d'immigrants al món, el 3% de la població mundial. La globalització té un paper molt important en la deci-



sió d'emigrar, amb factors bàsics com l'augment de les desigualtats internacionals i internes de cada país, la percepció d'aquestes desigualtats, així com l'oportunitat de disminuir-les a través de la mobilitat. Si bé els motius de les persones que emigren poden ser diferents, la majoria ho fan per raons laborals. A Barcelona, segons l'ESB06, una tercera part de la població ocupada ha nascut fora de Catalunya, sent les persones procedents de països en vies de desenvolupament (PD) el col·lectiu més nombrós (el 18%).

- 16 La població immigrant és especialment vulnerable a la inseguretat laboral, amb més freqüència tenen contractes temporals i treballen en sectors econòmics (hostaleria, serveis i construcció) que es caracteritzen per oferir pitjors condicions laborals. Alguns estudis han posat de manifest la pitjor salut d'aquesta població en relació amb les condicions de treball, com per exemple una pitjor salut percebuda, més problemes de salut relacionats amb el treball i més lesions per accident de treball^{13, 14}.

En un recent informe sobre immigració i salut a Barcelona¹⁵ en el qual s'estudiaven diferents aspectes relacionats amb la salut i el país d'ori-

gen, destacaven dos resultats principals en relació amb la salut laboral: la dificultat per accedir a llocs de treball qualificats de les persones que provenen de PD (el 69% dels homes i el 75% de les dones procedents d'aquests països treballen en ocupacions manuals) i que les condicions de treball estan lligades fonamentalment a la classe social en ambdós sexes independentment del país d'origen, tot i que en alguns aspectes són pitjors en les persones nascudes a països en desenvolupament. Per exemple, tenen major inestabilitat, salaris més baixos sobretot entre les dones (el 27,2% de les dones manuals nascudes a Catalunya guanya menys de 900 euros al mes, mentre que les procedents de PD en són el 65%) i estan més exposades a alguns riscos laborals.

Les llargues jornades de treball

Diversos estudis han trobat que les llargues jornades de treball s'associen a un ampli ventall de problemes de salut com hipertensió, trastorns cardiovasculars, problemes musculoesquelètics, estrès, accidents laborals, depressió o fatiga^{16, 17}, i que poden incrementar el risc de patir sobrepès, fumar i consumir alcohol^{18, 19}. Recents estudis duts a terme a Catalunya mostaven una pitjor salut (salut men-



tal i hipertensió) i comportaments més insaludables (tabaquisme, sedentarisme en temps de lleure i poques hores de son) en alguns col·lectius de treballadors i treballadores que realitzaven jornades laborals de més de 40 hores setmanals^{20, 21}.

18

Aquests grups es caracteritzen per una major vulnerabilitat que els obliga a acceptar llargues jornades de treball. Un factor de vulnerabilitat és la dificultat per trobar una feina (per exemple, dones poc qualificades o persones immigrades), fet que les porta a sotmetre's a la pressió empresarial per por a perdre la feina. Un altre factor serien les necessitats econòmiques que obliguen a treballar més hores per incrementar els ingressos (per exemple, per fer front a l'increment d'alguns béns de primera necessitat com l'habitatge)^{21, 22, 23}.

Segons l'ESB06 el 41,4% dels homes ocupats treballen més de 40 hores setmanals (l'11,3% més de 50 hores), mentre que les dones en són el 20,2%. La classe social està associada a la durada de la jornada laboral entre les dones assalariades i entre els homes que treballen per compte propi; entre aquests últims destaca que més de dues terceres parts dels de classes manuals treballen més de 40 hores setmanals.

El treball com a font d'exposició a riscos laborals

Els canvis en els sistemes de producció i en l'activitat econòmica es tradueixen en canvis en els riscos laborals, de manera que malgrat que alguns riscos clàssics com els de seguretat i higiene, molt lligats als sectors industrials i la construcció, continuen sent importants en alguns contextos, els riscos més freqüents en la població ocupada són els ergonòmics i psicosocials. A Barcelona, per exemple, segons l'ESB06 la tercera part de la població ocupada fa una feina monòtona, una proporció similar té molt volum de feina i prop de la meitat té poca autonomia per realitzar el seu treball. Aquests riscos psicosocials, relacionats amb l'organització de la feina, s'associen a curt i mig termini a insatisfacció laboral, desmotivació o trastorns de salut mental i a llarg termini a altres problemes més greus com les malalties cardiovasculars, mal d'esquena o depressió clínicament establerta. Els moviments repetitius de les extremitats superiors, el segon risc més freqüent segons la mateixa enquesta, és causa de problemes musculoesquelètics.

La distribució dels riscos laborals no és uniforme entre tots els treballadors i treballadores; el sexe, la classe social (o el país de procedència, com ja s'ha



esmentat), determinen una exposició desigual. Algunes dades de l'ESB06 ho il·lustren: per exemple, els homes estan més exposats a la mobilització de pesos (ho fan el 18,4% i el 8,6% de les dones) i a la pols (17,9% i 12,6%, respectivament), i les dones una mica més a la realització de moviments repetitius (46,8% de les dones i 43,2% dels homes). Treballadors i treballadores de classes manuals són els de major exposició als riscos considerats en l'ESB06, sent les diferències més importants en l'exposició a riscos físics entre els homes (soroll, pols i mobilització de càrregues -en aquest darrer cas, la proporció d'homes manuals que hi estan exposats és sis vegades superior als no manuals). També les classes socials manuals estan més exposades a moviments repetitius (el risc laboral més freqüent en aquest grup en ambdós sexes, al voltant del 60%), la monotonia de la feina (a la qual està exposada al voltant de la meitat de la població manual) i la manca d'autonomia sobretot entre els homes.

La salut

Si les condicions de treball i els riscos laborals no es distribueixen uniformement entre els treballadors i les treballadores, la salut tampoc ho fa, sinó

que segueix també una distribució diferent segons el sexe i la classe social. A grans trets, la salut de les dones treballadores és pitjor que la dels homes (excepte pel que fa a les lesions per accident de treball) i també és pitjor en les persones de classes menys benestants.

Les lesions per accident de treball i les malalties professionals

Les lesions per accident de treball (LAT) són molt més freqüents en els homes, atès que en major proporció ocupen llocs de treball amb risc d'accident. A Barcelona, per exemple, dues tercers parts dels accidentats l'any 2007 van ser homes, que també van patir les lesions més greus (el 79,5% de les LAT greus i el 93,1% de les mortals, de les quals només dues van afectar dones).

També les LAT són més freqüents en les classes socials manuals. Segons les mateixes dades, el 30,5% de les LAT masculines es van produir en treballadors qualificats de la indústria i de la construcció i el 25,1% en treballadors no qualificats. Entre les dones, les més afectades van ser les treballadores de serveis i comerç i les no qualificades.



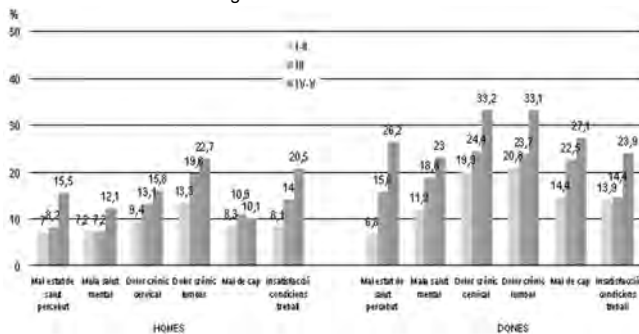
En relació amb les malalties professionals (MP) declarades, si bé en el nostre entorn gairebé no hi ha diferències de magnitud entre homes i dones, sí que n'hi ha en relació amb la classe social. La majoria de les MP declarades el 2006 a Barcelona afectaven població ocupada de classes manuals (91,6% dels homes i 82,1% de les dones). Mentre que entre les dones el major nombre va correspondre a les treballadores no qualificades (35,8%) seguides de les de serveis i comerç (30,7%), entre els homes el grup més nombrós va ser el de treballadors qualificats de la indústria i la construcció (38,3%) seguits pel d'operadors d'instal·lacions i maquinària (26,2%).

Estat de salut percebut

En la Figura 2 s'observen diferents indicadors de salut de la població ocupada de Barcelona on s'observen dos trets principals: per a tots els problemes de salut la proporció de dones és superior a la d'homes i en tots els casos també (excepte el mal de cap entre els homes), i en ambdós sexes la proporció de mala salut s'incrementa en disminuir la classe social. Aquest patró que s'il·lustra amb dades de Barcelona s'ha manifestat àmpliament en diversos estudis realitzats en diferents

països, evidenciant l'impacte de les desigualtats socials en la salut. Aquestes desigualtats s'identifiquen fins i tot, com en aquest cas, entre la població que treballa^{24, 25}, una població seleccionada per la seva millor salut, és a dir que està comparativament més sana que la resta de la població.

Figura 2. Estat de salut i satisfacció amb les condicions de treball segons classe social i sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006

Repercussions de la crisi en la salut de les dones

Hem vist com les condicions de treball, els riscos laborals i la salut no es distribueixen uniformement entre la població treballadora, sinó que vénen

determinats per condicions socials com el gènere, la classe social o el país de procedència. Així, alguns grups socials es troben en una situació de desavantatge que una situació de crisi pot accentuar, augmentant la seva vulnerabilitat.

24

En un recent article publicat en un suplement de la revista *Lluita*²⁶ s'assenyalaven els mecanismes pels quals la situació de les dones amb relació al treball es podria veure afectada. Per exemple, en relació amb l'augment de l'atur, les autores alertaven sobre la possible reaparició amb més força de conceptes sexistes de preferència de conservació del treball per part dels homes i del risc d'abandonament del mercat laboral per part de les dones, per les majors dificultats de trobar feina o de desplaçar-se lluny de la llar per tal de trobar-ne.

La reducció de la despesa en polítiques socials per una reducció dels ingressos d'Hisenda deguda a la crisi és un altre aspecte que pot afectar les dones, en el sentit que hauran d'assumir el treball familiar del qual podrien descarregar-se quan aquestes polítiques funcionin.

Finalment, un altre aspecte que assenyalaven les autores de l'article és l'efecte de la disminució de la

renda familiar per la precarització de les condicions de treball, l'augment de l'atur i la disminució del salari real. Aquesta disminució de la renda produeix diversos efectes negatius en les dones. D'una banda, han d'augmentar les hores dedicades al treball domèstic per tal de mantenir la qualitat de vida dels membres de la llar, invertint més temps en la transformació de productes menys elaborats, de preu més baix. D'altra banda, es produeix un increment dels contractes precaris i moltes dones, en disminuir els ingressos familiars, es veuen obligades a fer tot tipus de feines (en general poc qualificades i mal remunerades) per tal de complementar la renda familiar, situació que podria agreujar-se de forma important a mesura que s'esgotin les prestacions d'atur i qualsevol possibilitat d'ingressos pugui representar una millora econòmica de la família. Ja s'han comentat anteriorment els efectes negatius en la salut de la precarietat dels contractes, a continuació es fan algunes consideracions dels efectes en la salut del treball domèstic i familiar.

El treball domèstic i familiar

En el nostre entorn les dones continuen sent les principals responsables de les tasques domèstiques i familiars. A Barcelona, per exemple, segons



l'ESB06 un 13% de la població de 16 a 64 anys treballa a temps complet com a mestressa de casa, mentre que el percentatge entre els homes és insignificant. I és que està estesa la creença en la conveniència que en els primers anys de vida de les criatures sigui la mare l'encarregada d'atendre-les, fet que s'associa amb la idea que les mares amb criatures no haurien de treballar fora de casa²⁷. En un estudi basat en una mostra de 2.494 adults, gairebé la meitat opinava que les dones havien d'abandonar el mercat laboral quan tenien criatures menors de 3 anys, sense diferències de gènere. A més, el 27% dels homes i el 19% de les dones pensaven que havien d'abandonar-lo fins i tot quan els fills superaven aquesta edat²⁸.

Segons l'ESB06 la majoria de les mestresses de casa (74,5%) havia treballat amb anterioritat. La principal raó per abandonar la feina remunerada van ser les obligacions familiars (63%), mentre que només el 10% ho va fer per motius de salut.

A més de la major proporció de dones que d'homes que es dediquen a temps complet a les feines domèstiques i familiars, entre les persones que treballen remuneradament també les dones dediquen més temps a les feines de la llar, tal com ho il·lustra

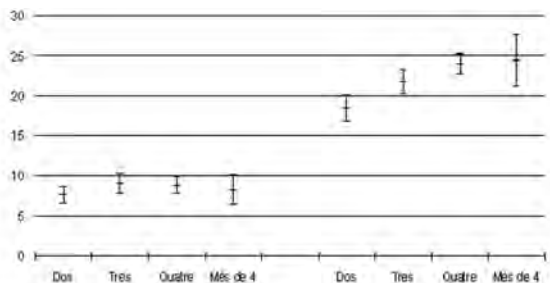
l'ESB06, segons el qual les dones hi dediquen una mitjana de 18,3 hores setmanals, mentre que la dedicació masculina és de 9,5 hores (en ambdós casos es refereix a persones ocupades i que estan casades o viuen en parella).

A més del temps, també hi ha clares desigualtats de gènere en la responsabilitat principal de la cura de les persones menors de 15 anys, de les majors de 65, de les persones amb discapacitat i de les tasques domèstiques com ara netejar, planxar, cuinar, etc., on s'observen les majors diferències entre homes i dones.

En un estudi dut a terme a Catalunya s'observava que el temps dedicat al treball domèstic i familiar era molt superior entre les dones i a més aquest augmentava en incrementar-se el nombre de persones a la llar (Figura 3) i en disminuir la classe social.



Figura 3. Treball domèstic setmanal segons nombre de persones a la llar i sexe. Persones de 25 a 64 anys ocupades casades o que viuen en parella



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002

28

En diversos estudis s'ha constatat un pitjor estat de salut de les dones amb relació al treball domèstic i familiar. A Catalunya²⁹ s'observava que si entre els homes no hi havia cap relació amb la salut respecte al nombre de persones a la llar (un indicador de la càrrega del treball domèstic i familiar), entre les dones, en augmentar el nombre de persones a la llar, s'incrementava la proporció de dones amb mala salut percebuda, trastorns crònics de salut, limitació crònica de l'activitat i també el percentatge de dones que dormien sis hores o menys diàries. Resultats similars s'han observat a Euskadi³⁰, Navarra³¹ i València³².

A més, a Catalunya i a Euskadi s'ha documentat que aquest efecte es limita a les treballadores de

classes socials més desfavorides. Aquesta troballa suggereix que les dones de classes benestants, quan intenten compaginar la vida laboral i la familiar, poden pagar els recursos necessaris per fer-ho, mentre que les menys privilegiades sembla que financen la conciliació amb la seva pròpia salut. Qüestiona, a més, les polítiques de conciliació o de famílies nombroses basades en beneficis econòmics fixos que no tenen en compte la situació econòmica de la unitat familiar.

Un aspecte complementari observat a Catalunya és que, entre les treballadores que viuen en parella, la convivència amb persones majors de 65 anys té un efecte protector sobre la seva salut, especialment entre les dones de classes més desfavorides, cosa que es podria explicar perquè realitzen part de la feina de la llar que d'altra manera la majoria hauria d'afrontar sola²⁹. També en el nostre entorn s'ha observat l'efecte positiu per a la salut de les dones, però no per a la dels homes, de comptar amb una persona contractada per a les tasques domèstiques. Aquestes troballes il·lustren l'efecte positiu per a la salut de les dones de la reducció de la quantitat de treball domèstic i familiar.



Referències

1 La classificació de classe social que es fa servir en aquest text es basa en l'ocupació i s'utilitza el terme classe no manual (o classes I-II o classes més benestants) per referir-se a les ocupacions més qualificades, mentre que la classe manual (o classes IV-V o classes menys benestants) es refereix a les ocupacions menys qualificades.

2 Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Ann Rev Public Health* 1996;17:449-65.

3 Hammarstrom A, Janlert U. An agenda for unemployment research: A challenge for public health. *Int J Health Serv* 2005;35(4):765-77.

30

4 Bartley M, Sacker A, Clarke P. Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:501-6.

5 Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimäki M, Pirkola S, Isometsä E, et al. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scan J Work Environ Health* 2007;33(1):29-36.

6 Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol*. 1999;72:83-99.

7 Artazcoz L, Benach J, Borrel C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*;94(1):82-8.

8 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 761-767.

9 Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Delclòs GL, Catot N, Amable M. Association between temporary employment and occupational injury: what the mechanisms? *Occup Environ Med* 2006;63(6):416-21.

10 Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate in a comparative historical context. *Int J Health Serv* 2001;31(3):507-36.

11 Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003;158(7):663-8.

12 Kivimäki M, Honkonen T, Wahlbeck K, Elovainio M, Pentti J, Klaukka T, et al. Organizational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:154-8.

13 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment and working conditions of migrant workers 2007 [accedit 11/10/09]. Accessible a: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0701038s/>.

14 García AM, López-Jacob MJ, Agdelo-Suárez AA, Ruíz-Frutos C, Porthé V. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gac Sanit*. 2009;23(2):91-9.

15 Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.

16 Berntsson L, Lundberg V, Krantz G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *J Epidemiol Community Health* 2006 (60),1070-1076.



17 Krantz G, Berntsson L, Lundberg V. Total Workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health* 2005, 15(2),209-214.

18 Shields. Long-working hours and health. *Perspectives on Labour and Income* 2000, 12(1),49-56.

19 Jeffrey. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *American Journal of Industrial Medicine* 2006, 49(11),921-929.

20 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behaviour. *Scand J Work Environ Health*. 2007; 33: 344-350.

32

21 Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Jul;63(7):521-7.

22 Golden L, Wiens-Tuers B. To your happiness? Extra hours of labor supply and worker well-being. *Journal of Socio-Economics*. 2006; 35: 382-397.

23 Golden L, Wiens-Tuers B. Mandatory Overtime Work in the United States: Who, Where, and What? *Labor Studies Journal*. 2005; 30: 1-26.

24 Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coords.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003: 251-282.

25 Artazcoz L, Cortès I, Benach J. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coords.). Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània; 2005: 225-259.

26 Casanueva A, Martínez A. La crisi des d'una perspectiva de gènere. Lluita (supl.) gener-febrer, 2009.

27 Flaquer, L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.

28 Meil G. La protección social a la familia en España. A: Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, Ministeri d'Educació i Ciència; 1999.

29 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-647.

30 Artazcoz L, García-Calvente MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. A: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C (ed.). Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002. Valencia: SESPAS; 2002.

31 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?. Eur J Public Health 2004; 14: 43-48.

32 Conselleria de Sanitat. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001). València: Conselleria de Sanitat, Oficina del Pla de Salut, Generalitat Valenciana; 2002.

33 Artazcoz L, Borrell C, Rohlfis I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit 2001; 15: 150-153.




Consell Social

- Comissions Obreres - CCOO
 - Unió General de Treballadors - UGT
 - Fundació Josep Irla
 - Fundació l'Alternativa
 - Fundació Nous Horitzons
 - Fundació Rafael Campalans

 - Acció Escolta de Catalunya
 - Acció Jove - Joves de CCOO
 - Associació Catalana per la Pau
 - Avalot
 - Casals de Joves de Catalunya
 - Cooperació
 - Entorn SCCL
 - Escola Lliure El Sol
 - ESPLAC - Esplais Catalans
 - Fundació Catalunya Segle XXI
 - Fundació Ferrer i Guàrdia
 - Fundació Pere Ardiaca
 - Fundació Terra
 - SOS Racisme

 - Associació de Joves Estudiants de Catalunya - AJEC
 - Associació d'Estudiants Progressistes - AEP
 - Ateneus Laics
 - Col·lectius de Joves Comunistes - CJC-Joventut Comunista
 - Estudiants en acció
 - Fundació Cipriano García
 - Fundació Josep Comaposada
 - Joventut Socialista de Catalunya
 - Joves d'Esquerra Verda – JEV
 - Món-3

 - Associació Catalana d'Investigacions marxistes
 - Càtedra UNESCO de Sostenibilitat de la UPC
 - Coordinadora per a la Memòria Històrica i Democràtica de Catalunya
 - Centre de Recerca Econòmica i Social de Catalunya
 - Sin Permiso
 - Suburbe-Associació Cultural Estenent el desastre
 - DeBarris sccl
- 

Ponències 2009

més enllà de la crisi

UPEC  **Universitat
Progressista
d'Estiu de Catalunya**

Amb la col·laboració de

 **Generalitat
de Catalunya**

 **Diputació
Barcelona**



Ajuntament de Barcelona