

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo

Revisión



Agencia Europea para
la Seguridad y la Salud
en el Trabajo



Las cuestiones de
género en relación
con la seguridad y la
salud en el trabajo
Revisión

Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. Revisión

Colaboradores miembros del Centro temático de investigación sobre trabajo y salud:

Kaisa Kauppinen y Riitta Kumpulainen, FIOH (Finlandia)

Irene Houtman, TNO Work and Employment (Países Bajos)

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: Sarah Copsey

En colaboración con:

Miembros del Centro temático de investigación sobre trabajo y salud

Anneke Goudswaard, TNO Work and Employment, Países Bajos

Maria Castriotta, ISPESL (Italia)

Alan Woodside, OSHII (Irlanda)

Birgit Aust, AMI (Dinamarca)

Veerle Hermans, Prevent (Bélgica)

Dolores Solé, INSHT (España)

Karl Kuhn, BAuA (Alemania)

Ellen Zwink, BAuA (Alemania)

Este informe ha sido traducido por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea a partir de un original en inglés. Además, la Agencia reconoce el apoyo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en la preparación de esta versión lingüística.

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a las preguntas que pueda plantearse sobre la Unión Europea

Número de teléfono gratuito (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*). Algunos operadores de telefonía móvil no autorizan el acceso a los números 00 800 o cobran por ello.

Puede obtenerse información sobre la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet: <http://europa.eu/>

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2006

ISBN 92-9191-121-6

© Comunidades Europeas, 2006

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

Printed in Belgium

PRÓLOGO

La integración de la igualdad de género en todos los aspectos de la política de empleo constituye una prioridad fundamental para Europa. No solo se trata de una cuestión de derechos, sino también de una política económica sólida, teniendo especialmente en cuenta los costes humanos y económicos que suponen las lesiones y enfermedades originadas o agravadas por el trabajo.

La Comisión Europea ha adoptado una amplia gama de políticas ⁽¹⁾ destinadas a resolver las desigualdades entre sexos, que se basa en la integración o inclusión de las cuestiones de género en todas sus actividades. Sobre esta base, la estrategia de la Comunidad Europea sobre seguridad y salud en el trabajo para 2002-2006 ⁽²⁾ destaca la necesidad de adoptar medidas orientadas a integrar la igualdad entre hombres y mujeres en las políticas en este ámbito. El presente informe examina temas tales como el nivel de atención que se presta a las cuestiones de género en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo, o las diferencias entre hombres y muje-

res en relación con la exposición a los riesgos y su prevención. Por tanto, debería contribuir en buena medida a la integración de las cuestiones de género en este ámbito.

El informe ofrece asimismo una perspectiva de los riesgos que afrontan las mujeres en el trabajo, su origen y las diferencias comparativas con respecto a la situación de sus compañeros varones. Además, presenta un análisis de la información disponible sobre las investigaciones que se están efectuando, datos prácticos sobre cómo mejorar la prevención de los riesgos teniendo en cuenta las cuestiones de género, así como una serie de propuestas políticas positivas.

En el informe se señala la doble importancia que revisten, por un lado, las cuestiones de género en la prevención de riesgos y, por otro, la integración de las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo en las actividades de empleo basadas en la igualdad entre hombres y mujeres. La cooperación entre estos dos ámbitos políticos es crucial, tanto a escala europea como en el propio lugar de trabajo, para mejorar la prevención de los riesgos a los que están expuestos hombres y mujeres en el entorno de trabajo.

La Comisión considera que este informe constituirá un valioso catalizador para avanzar en los debates con todos los interlocutores pertinentes (instituciones europeas, autoridades nacionales, interlocutores sociales y expertos) y para desarrollar medidas concretas que garanticen la integración efectiva de la dimensión de género en todas las políticas de seguridad y salud en el trabajo.

Anna Diamantopoulou

Comisaria Europea de Empleo y Asuntos Sociales

⁽¹⁾ Comunicación de la Comisión COM (2000) 335.

⁽²⁾ Comunicación de la Comisión COM (2002) 118.

PREFACIO

El mundo del trabajo está evolucionando. Las tendencias laborales se han apartado del trabajo rural y de la industria pesada y manufacturera. Se están creando nuevos puestos de trabajo en el sector servicios, y los cambios en el ámbito tecnológico y de la información han dado lugar a nuevos tipos y formas de trabajo. La globalización ha incrementado la competitividad y las presiones para trabajar de forma más racional y flexible. Cabe destacar el importante cambio que ha supuesto la entrada de un mayor número de mujeres en el mercado laboral.

La prevención de las muertes relacionadas con el trabajo, las lesiones y las enfermedades es importante para los individuos y la sociedad en general, dados los elevados costes que supone a las empresas que descuidan este aspecto. Por tanto, son necesarios esfuerzos continuos para mejorar la prevención de los riesgos laborales que afectan a hombres y mujeres. Sin embargo, los cambios mencionados anteriormente, las condiciones de empleo y las circunstancias de la vida fuera del trabajo pueden repercutir de forma distinta sobre los hombres trabajadores y sobre las mujeres trabajadoras, incluso en todo lo que respecta a la salud relacionada con el tra-

bajo. Las políticas comunitarias deben fomentar la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos que abarca, incluidas la seguridad y la salud en el trabajo. Teniendo en cuenta este objetivo, a la luz de la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo de la Unión Europea, y teniendo en cuenta el objetivo de la Unión de seguir aumentando esta presencia, la integración de la dimensión de género en la política de seguridad y salud en el trabajo constituye una de las prioridades de la estrategia comunitaria sobre seguridad y salud en el trabajo para 2002-2006.

Al objeto de contribuir a este objetivo europeo, el Consejo de Administración de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo decidió incluir un informe que abordara las cuestiones de género en este ámbito, en el marco del programa de trabajo de la Agencia para 2002.

El objetivo del presente informe es, además de presentar una visión clara de las principales diferencias que existen en la política de seguridad y salud en el trabajo en relación con el género y cómo surgen, ofrecer información sobre la prevención y sobre la adopción de un enfoque que tenga en cuenta las cuestiones de género en este ámbito.

De este modo, esperamos que el presente informe sirva de orientación sobre las medidas necesarias para integrar la dimensión de género en todos los ámbitos de la seguridad y la salud laborales, y que represente una herramienta útil para la aplicación de la estrategia comunitaria, que incluye la integración de las cuestiones de género entre sus objetivos.

La Agencia desea dar las gracias a las siguientes personas por su contribución a la elaboración del presente informe: Kaisa Kauppinen y Riitta Kumpulainen (FIOH), Irene Houtman y Anneke Goudswaard (TNO), Maria Castriotta (ISPESL), Alan Woodside (OSHII), Birgit Aust (AMI), Veerle Hermans (Prevent), Dolores Solé (INSHT), así

como a Karl Kuhn y Ellen Zwink (BAuA). Asimismo, la Agencia desea agradecer a sus Centros de referencia, a otros miembros de la red del grupo y al resto de colaboradores sus valiosos comentarios y sugerencias sobre el presente informe.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

Noviembre de 2003



Índice

RESUMEN	9
1. INTRODUCCIÓN	21
<i>¿Por qué conviene examinar la seguridad y la salud en el trabajo desde una perspectiva de género?</i>	21
<i>Cuestiones fundamentales que deben abordarse</i>	22
<i>¿Qué incluir? El modelo conceptual</i>	22
<i>La metodología</i>	23
<i>Conceptos y terminología</i>	24
<i>Datos estadísticos</i>	24
2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA VIDA LABORAL EN EUROPA	27
<i>Introducción</i>	28
<i>Participación de las mujeres en el mercado de trabajo</i>	28
<i>Jornada de trabajo</i>	29
<i>Situación laboral</i>	30
<i>Diferencias de género en las tareas domésticas no remuneradas y en las tareas de asistencia</i>	32
<i>La repercusión de los cambios en el mundo del trabajo</i>	33
<i>Diferencias de género en los salarios</i>	35
<i>Segregación de género por tipo de trabajo</i>	35
<i>Conclusión</i>	37
3. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EXPOSICIÓN Y EN LAS CONSECUENCIAS PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORALES	39
<i>Introducción</i>	39
<i>Accidentes</i>	39
<i>Trastornos musculoesqueléticos</i>	45
<i>Estrés relacionado con el trabajo</i>	51
<i>Lesiones y estrés derivados de la violencia relacionada con el trabajo ejercida por el público</i>	66
<i>Consecuencias del acoso sexual a manos de compañeros</i>	70
<i>Consecuencias de la intimidación en el trabajo</i>	71
<i>Trabajo y violencia doméstica</i>	74
<i>Enfermedades infecciosas</i>	74
<i>Asma, otros trastornos respiratorios y síndrome del «edificio enfermo»</i>	75
<i>Enfermedades de la piel</i>	78
<i>Cáncer relacionado con el trabajo</i>	79
<i>Trastornos auditivos</i>	84
<i>Enfermedades relacionadas con las vibraciones</i>	87
<i>Temperatura en el lugar de trabajo</i>	88
<i>Salud reproductiva</i>	89
<i>Los efectos de las horas de trabajo, la falta de flexibilidad laboral y la responsabilidad de las tareas domésticas</i>	96
<i>Pérdida de voz inducida por el trabajo: un riesgo cada vez mayor</i>	100
<i>Apariencia</i>	102
<i>Salud y seguridad de las mujeres en la agricultura</i>	103

	<i>Salud y seguridad en el sector pesquero</i>	104
	<i>Salud y seguridad de los empleados a domicilio y de los teletrabajadores</i>	105
	<i>Seguridad y salud laborales de mujeres que trabajan en áreas «no tradicionales»</i>	109
	<i>El trabajo en las PYME</i>	110
	<i>Seguridad y salud laborales de las trabajadoras del sexo</i>	112
	<i>Salud laboral de las mujeres de más edad</i>	113
	<i>Trabajadoras inmigrantes</i>	114
	<i>Riesgos laborales y cuestiones de género de ámbito mundial</i>	114
	<i>Trabajos diferentes, exposiciones diferentes: consecuencias de la segregación en función del género</i>	115
4.	ABSENTISMO, INCAPACIDAD, INDEMNIZACIÓN Y REHABILITACIÓN	119
	<i>Ausencia por enfermedad</i>	119
	<i>Indemnización por lesiones y enfermedades laborales</i>	121
	<i>Rehabilitación profesional de los trabajadores</i>	122
5.	CUESTIONES DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN, LA LEGISLACIÓN, LOS RECURSOS, LOS SERVICIOS Y LA PRÁCTICA	125
	<i>Introducción</i>	125
	<i>Recopilación de información con fines de investigación y control estadístico</i>	125
	<i>Información sobre actividades en el lugar de trabajo y apoyo a las mismas</i>	129
	<i>Acceso a los servicios de salud laboral y su funcionamiento</i>	132
	<i>Consulta y participación de las mujeres en cuestiones de seguridad y salud laborales en el trabajo</i>	133
6.	INTEGRACIÓN DE LAS CUESTIONES DE GÉNERO	141
	<i>Legislación en materia de seguridad y salud laborales</i>	141
	<i>Estrategia de la Unión Europea sobre seguridad y salud laborales y cuestiones de género</i>	144
	<i>Transversalidad, género y seguridad y salud en el trabajo</i>	145
	<i>Integración de la seguridad y la salud laborales en iniciativas en materia de igualdad</i>	147
	<i>Igualdad de género dentro y fuera del trabajo</i>	149
7.	DEBATE Y CONCLUSIONES	151
8.	RECOMENDACIONES	159
9.	GLOSARIO	165
10.	REFERENCIAS	169
	ANEXOS	203
	<i>Anexo 1. Agradecimientos</i>	204
	<i>Anexo 2. Organización del proyecto, participantes y expertos</i>	205
	<i>Anexo 3. Extractos de la estrategia comunitaria sobre salud y seguridad en el trabajo 2002-2006 pertinentes para el género</i>	207
	<i>Anexo 4. Extractos de la Resolución del Parlamento Europeo sobre la estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2002-2006 pertinentes para el género</i>	209
	<i>Anexo 5. Datos estadísticos relacionados con el género y el empleo en la Unión Europea</i>	211
	<i>Anexo 6. Datos de la Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo</i>	217
	<i>Anexo 7. Datos de Eurostat sobre la salud y la seguridad de hombres y mujeres en el trabajo</i>	223
	<i>Anexo 8. Los peligros laborales y el género a nivel internacional</i>	229
	<i>Anexo 9. Resumen de la relación entre el género, la situación laboral y las condiciones de trabajo: resultados de un análisis de género de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo</i>	238
	<i>Anexo 10. Diferencias entre Estados miembros en las normativas de seguridad social sobre la ausencia por enfermedad e incapacidad</i>	241
	<i>Anexo 11. Resultados de la encuesta de la TUTB sobre la dimensión de género en la salud y la seguridad, y ejemplos de iniciativas sindicales</i>	243
	<i>Anexo 12. Legislación y políticas de igualdad de género en la Unión Europea</i>	246
	<i>Anexo 13. Criterios de evaluación de la igualdad en el trabajo</i>	247
	<i>Anexo 14. Calidad del trabajo de las mujeres: estrategias de cambio identificadas por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo</i>	248

RESUMEN

La necesidad de examinar las cuestiones de género en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo

Entre los años 1990 y 2000 aumentó el número de mujeres que trabajan en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE); hoy en día, las mujeres representan el 42 % de la población activa, aunque existen diferencias entre Estados miembros, sobre todo entre las zonas norte y sur. El aumento de los ratios de participación y el desarrollo de nuevos tipos de prácticas laborales y de nuevas formas de trabajo son signos inequívocos de cambio. Dicho cambio, junto con las distintas políticas sociales, sanitarias y de empleo, puede repercutir de diferentes modos en la vida laboral de mujeres y hombres. Por otro lado, también es necesario tener en cuenta las diferencias culturales.

Debido a la fuerte segregación ocupacional entre los géneros en el mercado laboral de la Unión, que sigue siendo marcada a pesar de los cambios en el mundo del trabajo, las mujeres y los hombres están expuestos a diferentes entornos de trabajo y diferentes tipos de exigencias y tensiones, incluso cuando están empleados en el mismo sec-

tor y ejercen la misma profesión. Existe una fuerte segregación entre sectores y entre empleos en el mismo sector, incluso cuando mujeres y hombres realizan el mismo trabajo en el mismo lugar de trabajo. También existe una fuerte segregación vertical en las empresas, teniendo los hombres más posibilidades de ocupar puestos más altos.

Otras diferencias entre géneros en las condiciones de empleo también repercuten sobre la seguridad y la salud en el trabajo (SST). En los trabajos mal pagados y precarios se concentra un número más importante de mujeres, lo que afecta a sus condiciones de trabajo y a los riesgos a los que están expuestas. La desigualdad entre los géneros tanto dentro como fuera del lugar de trabajo también afecta a la seguridad y la salud laborales de las mujeres, y existen importantes conexiones entre aspectos de la discriminación en su sentido más amplio y la salud.

La Unión Europea se ha fijado los objetivos de seguir aumentando la participación de mujeres y hombres en el mercado de trabajo, mejorar la calidad de la vida laboral de todos y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres. A raíz de ello, la estrategia comunitaria sobre seguridad y salud en el trabajo para 2002-2006 (Comisión Europea, 2002c), elaborada por la Comisión Europea, incluyó como objetivo la integración de la dimensión de género en las actividades de seguridad y salud en el trabajo, reconociendo la creciente importancia de las cuestiones de género en el ámbito de la SST.

El actual enfoque de seguridad y salud laborales de la UE es neutro desde la perspectiva de género, lo que significa que las distintas políticas, estrategias y acciones ignoran las cuestiones y las diferencias de género. Estas tampoco suelen tenerse en cuenta en el ámbito de la investigación. Las decisiones políticas en materia de SST que parecen neutras desde la perspectiva de género pueden tener un impacto distinto según se trate de hombres o mujeres, incluso cuando este efecto no sea intencionado. Esto se debe a las considerables dife-

rencias que existen en la vida laboral y en la situación de empleo de mujeres y hombres y, por ende, en la seguridad y la salud en el trabajo. Por tanto, es necesario tener en cuenta la perspectiva de género a la hora de abordar los riesgos relacionados con el trabajo y su prevención.

Con estos objetivos en mente, el informe analiza con detenimiento las siguientes cuestiones:

- ¿Existen diferencias de género en materia de seguridad y salud laborales, como la exposición a los riesgos, las consecuencias para la salud y el acceso a los recursos?
- En caso afirmativo, ¿cuáles son estas diferencias y sus causas?
- ¿Cuáles son los déficits de conocimiento?
- ¿Qué medidas se están adoptando para fomentar la igualdad en materia de seguridad y salud en el trabajo y para integrar la perspectiva de género en la SST?
- ¿Qué otras medidas pueden adoptarse?

Entre los resultados del informe se incluyen las siguientes consideraciones fundamentales:

- Tanto mujeres como hombres pueden tener que enfrentarse a importantes riesgos laborales.
- Diferentes trabajos implican diferentes grados de exposición a los riesgos.
- Segregación por sexos en el entorno familiar: la desigualdad a la hora de compartir las tareas domésticas aumenta la carga de trabajo de las mujeres.
- Diferentes grados de exposición a los riesgos laborales implican diferentes consecuencias para la salud.
- Riesgos reproductivos: atención desigual.
- Ejemplos de peligros y riesgos en ámbitos de trabajo de las mujeres.
- Vinculación de la igualdad con la seguridad y la salud laborales.
- Los riesgos de ignorar la perspectiva de género.
- Déficit de investigación: mejora de los conocimientos sobre los riesgos que afectan a las mujeres.
- Fomento de la igualdad en materia de prevención: integración de la perspectiva de género y evaluación del impacto en función del sexo.

- Acciones para mejorar la sensibilidad con respecto a las cuestiones de género en la prevención de riesgos.

Tanto mujeres como hombres pueden verse expuestos a importantes riesgos laborales

Al objeto de mejorar la empleabilidad de mujeres y hombres y la calidad de la vida laboral, es necesario garantizar lo siguiente: las mujeres y los hombres no deben encontrarse en situación de baja laboral por lesiones o enfermedad; el trabajo ha de ser compatible con la vida familiar; y tanto hombres como mujeres han de poder trabajar en un entorno seguro y sano, ya sea en el sector sanitario o en el de la construcción. La prevención inadecuada de los riesgos laborales conlleva un elevado coste económico. La participación de mujeres en el mercado de trabajo suele ser positiva para su salud. Sin embargo, tanto hombres como mujeres están expuestos a importantes riesgos laborales, lo que destaca la importancia de realizar una evaluación de riesgos adecuada y de adoptar medidas de prevención para ambos. Por varios motivos, se ha prestado más atención a los riesgos a los que los hombres se pueden enfrentar y a su prevención. En cambio, los riesgos que afectan a las mujeres suelen subestimarse o ignorarse.

Diferentes trabajos implican diferentes grados de exposición a los riesgos

En lo que respecta a los distintos tipos de peligros, tanto físicos como psicológicos, la segregación en el trabajo influye considerablemente en la exposición a los riesgos en el trabajo y, por tanto, en las consecuencias para la salud. En general, los hombres sufren más accidentes y lesiones en el trabajo que las mujeres, mientras que las mujeres padecen más problemas de salud tales como trastornos de las extremidades superiores y estrés.

Es más probable que las mujeres realicen actividades de asistencia, educación y servicios, mientras que los hombres suelen realizar trabajos de dirección, manuales y técnicos relaciona-

dos con el manejo de máquinas o instalaciones (Fagan y Burchell, 2002). Incluso dentro de un mismo sector pueden darse casos de segregación horizontal, como por ejemplo en el sector manufacturero, donde las mujeres se concentran en la industria textil y en el procesamiento de alimentos. Esta segregación también puede ser vertical, ya que es más probable que los hombres realicen trabajos que se sitúan en lo más alto de la jerarquía laboral. Por ejemplo, mientras que los hombres desempeñan la mayoría de los trabajos agrícolas cualificados, en los niveles más bajos, en los empleos no cualificados, las mujeres están representadas desproporcionadamente en los empleos relacionados con la agricultura. Aun cuando parece que hombres y mujeres son contratados para desempeñar el mismo trabajo, en la práctica, las tareas que llevan a cabo pueden estar segregadas en función del género.

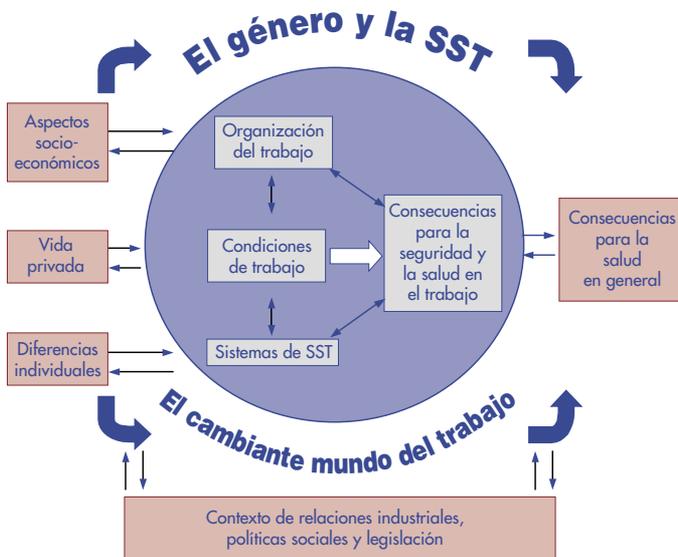
Por otra parte, hay muchas más probabilidades de que las mujeres trabajen a tiempo parcial, y la segregación en trabajos tradicionalmente femeninos es mucho más fuerte entre este tipo de trabajadoras. Los trabajos a tiempo parcial son

más monótonos y ofrecen menos oportunidades de promoción. Asimismo es más probable que las mujeres trabajen en el sector público o en pequeñas empresas y que tengan contratos temporales (Fagan y Burchell, 2002).

Segregación por sexos en el entorno familiar: la desigualdad a la hora de compartir las tareas domésticas aumenta la carga de trabajo de las mujeres

Otra diferencia sorprendente entre las circunstancias laborales de mujeres y hombres es que las mujeres siguen efectuando la mayor parte del trabajo no remunerado en el hogar, como las tareas domésticas, el cuidado de los hijos y familiares, incluso cuando trabajan a tiempo completo. Esto se añade a su carga diaria de trabajo y supone una presión adicional sobre muchas de ellas. También implica un aumento de los costes de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo que sufren las mujeres. Es importante reconocer que los prolongados y a menudo inflexibles horarios de los hombres pueden afectar asimismo a la vida laboral y familiar de sus parejas.

Influencias de las diferencias de género sobre la SST



Diferentes grados de exposición a los riesgos tienen diferentes consecuencias para la salud

La segregación de la población activa por motivos de sexo contribuye en buena medida a generar diferencias en las condiciones laborales de hombres y mujeres y, por ende, diferencias en relación con la exposición a los riesgos y las consecuencias para la salud. Asimismo, los trabajadores a tiempo parcial estarán menos expuestos a los riesgos que los trabajadores a tiempo completo en los mismos puestos de trabajo. A menos que se tenga debida cuenta de las diferencias de género en las condiciones de trabajo, a la hora de evaluar la exposición a los riesgos no será posible analizar el número real de accidentes y enfermedades laborales ni determinar si las mujeres son más vulnerables que los hombres a la exposición a determinados riesgos laborales.

Incluso cuando se realizan ajustes en relación con el número de horas trabajadas, los hombres siguen sufriendo más accidentes y lesiones en el trabajo que las mujeres, mientras que las mujeres suelen padecer más trastornos de las extremidades superiores y estrés. El cáncer ocupacional es más común entre los hombres que entre las mujeres, pero hay algunos empleos, como es el caso de los servicios de comidas o determinadas industrias manufactureras, en los que las tasas femeninas son superiores. El asma y las aler-

gias suelen ser más comunes entre las mujeres. Entre las fuentes de riesgos respiratorios para las mujeres se cuentan los productos de limpieza, agentes esterilizantes, polvo de látex presentes en guantes protectores de látex utilizados en el sector sanitario, y polvos presentes en la industria textil y de confección.

Por otra parte, las mujeres padecen más enfermedades cutáneas, por ejemplo, debidas al trabajo con las manos húmedas, en trabajos como servicio de comidas, o por el contacto de la piel con productos de limpieza o químicos en peluquería. Los hombres padecen en mayor medida pérdidas auditivas como consecuencia del ruido, al estar expuestos a máquinas o equipos ruidosos, aunque las trabajadoras de los sectores textil y alimentario también pueden estar expuestas a altos niveles de ruido.

La exposición a enfermedades infecciosas es mayor entre las mujeres, especialmente en el sector sanitario o en el educativo. Los hombres realizan más trabajos de levantamiento de cargas pesadas, pero, por ejemplo, las mujeres que trabajan en labores de limpieza o servicios de comidas y las trabajadoras sanitarias sufren daños debidos al levantamiento y transporte de cargas pesadas. Entre las mujeres se registra una elevada incidencia de trastornos de las extremidades superiores en algunas tareas muy repetitivas, como cadenas de

Ejemplos de los peligros y riesgos detectados en ámbitos laborales donde predominan las mujeres

Sector de ocupación	Entre los factores de riesgo y los problemas de salud se incluyen los siguientes:			
	Biológicos	Físicos	Químicos	Psicosociales
Atención sanitaria	Enfermedades infecciosas, por ejemplo sanguíneas, respiratorias, etc.	Trabajo manual y posturas forzadas; radiación ionizante	Productos de limpieza, esterilizantes y de desinfección; medicamentos; gases de anestesia	Trabajo de una gran «exigencia emocional», trabajo por turnos y nocturno; violencia ejercida por pacientes y por el público
Puericultura	Enfermedades infecciosas, por ejemplo sanguíneas, respiratorias, etc.	Trabajo manual y posturas forzadas		Trabajo de una gran «exigencia emocional»
Limpieza	Enfermedades infecciosas; dermatitis	Trabajo manual y posturas forzadas; deslizamientos y caídas; manos húmedas	Productos de limpieza	Horas asociales; violencia, por ejemplo por trabajar aislado o hasta muy tarde

Ejemplos de los peligros y riesgos detectados en ámbitos laborales donde predominan las mujeres

Sector de ocupación	Entre los factores de riesgo y los problemas de salud se incluyen los siguientes:			
	Biológicos	Físicos	Químicos	Psicosociales
Elaboración de alimentos	Enfermedades infecciosas, por ejemplo las transmitidas por animales u originadas por moho, esporas o polvos orgánicos	Movimientos repetitivos, por ejemplo en trabajos de embalado o mataderos; heridas por cuchillo; temperaturas muy frías; ruido	Residuos de pesticidas; productos esterilizantes; especias y aditivos sensibilizantes	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Servicio de comidas y de restauración	Dermatitis	Trabajo manual; cortes repetitivos; cortes causados por cuchillos, quemaduras; deslizamientos y caídas; calor; productos de limpieza	Tabaquismo pasivo; productos de limpieza	Estrés causado por trabajo a ritmo frenético, trato con el público, violencia y acoso
Textiles y confección	Polvos orgánicos	Ruido; movimientos repetitivos y posturas forzadas; heridas por agujas	Tintes y otros productos químicos, incluidos formaldehído en prensas permanentes y productos quitamanchas, polvo	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Lavanderías	Ropa de cama infectada, por ejemplo en hospitales	Trabajo manual y posturas forzadas; calor	Disolventes para limpieza en seco	Estrés asociado al trabajo repetitivo y a un ritmo demasiado rápido
Cerámica		Movimientos repetitivos; trabajo manual	Vidrio, plomo, polvo de sílice	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Manufacturas «ligeras»		Movimientos repetitivos, por ejemplo trabajo de montaje; posturas forzadas; trabajo manual	Productos químicos de la microelectrónica	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Centros de atención telefónica		Problemas de voz relacionados con el hecho de hablar; posturas forzadas; exceso de horas sentado	Mala calidad del aire interior	Estrés asociado al trato con clientes, el ritmo de actividad y el trabajo repetitivo
Educación	Enfermedades infecciosas; por ejemplo respiratorias, sarampión	Posturas de pie prolongadas; problemas de voz	Mala calidad del aire interior	Trabajo con elevada «exigencia emocional», violencia
Peluquería		Posturas forzadas, movimientos repetitivos, posturas de pie prolongadas; manos húmedas; cortes	Aerosoles químicos, tintes, etc.	Estrés asociado al trato con clientes; trabajo a ritmo rápido
Trabajos de oficina		Movimientos repetitivos, posturas forzadas, dolor de espalda originado por estar sentado	Mala calidad del aire interior; emanaciones de fotocopiadoras	Estrés, por ejemplo asociado a la falta de control sobre el trabajo, interrupciones frecuentes, trabajo monótono
Agricultura	Enfermedades infecciosas, por ejemplo las transmitidas por animales u originadas por moho, esporas o polvos orgánicos	Trabajo manual, posturas forzadas; equipos de trabajo y ropa de protección inapropiados; calor, frío, humedad	Pesticidas	

montaje «ligero» o la introducción de datos, donde tienen escaso control sobre su trabajo. Ambos sexos registran tasas elevadas de estrés relacionado con el trabajo; no se trata en modo alguno de un problema exclusivo de las mujeres. Sin embargo, entre los factores de estrés a los que están particularmente expuestas las mujeres en trabajos tradicionalmente femeninos se incluyen el trabajo con gran exigencia emocional y los trabajos mal considerados con poco control de la situación. El acoso sexual y la discriminación son otros factores de estrés que afectan en mayor medida a las mujeres, al igual que la doble carga de un trabajo remunerado y otro no remunerado en el hogar. Las mujeres tienen un mayor contacto con el público y, por tanto, están más expuestas a la violencia relacionada con el trabajo.

Riesgos reproductivos: una atención desigual

Mientras que se ha prestado mucha atención a los riesgos laborales que afectan a las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, el interés por los riesgos reproductivos a los que están expuestos los hombres y por otras cuestiones de salud reproductiva de las mujeres —como los problemas menstruales y la menopausia— ha sido menor. Convendría examinar la Directiva europea sobre la protección de las trabajadoras embarazadas para comprobar cómo se está aplicando en la práctica: ¿se están mejorando y adaptando las condiciones en los lugares de trabajo para proteger a las trabajadoras embarazadas?; ¿se está utilizando como último recurso la opción de prorrogar la baja por maternidad cuando no es posible eliminar realmente el riesgo?

Vinculación de la igualdad con la seguridad y la salud laborales

Existen vínculos importantes entre las cuestiones más amplias de discriminación y la salud laboral de las mujeres que escapaban en buena medida al ámbito de estudio del presente informe. Sin

embargo, las diferencias de género en relación con las condiciones sociales y de empleo influyen sobre la seguridad y la salud en el trabajo y no pueden pasarse por alto. Tal como se ha mencionado, hay una mayor concentración de mujeres en trabajos precarios y mal remunerados, y esto afecta a sus condiciones de trabajo y a los riesgos a los que están expuestas. El acoso sexual y la discriminación en el lugar de trabajo son dos factores de estrés a los que las mujeres están más expuestas que los hombres. Dado que la desigualdad entre hombres y mujeres, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, puede repercutir en la seguridad y la salud laborales de las mujeres, esta cuestión debería incluirse o «integrarse» en las políticas sobre igualdad. La escasa participación de las mujeres en todos los niveles de consulta y de toma de decisiones en materia de SST contribuirá asimismo a que se preste menos atención a sus necesidades en este ámbito y a que la evaluación de los riesgos sea deficiente, si no se les consulta efectivamente (véase más abajo).

Los riesgos de ignorar la perspectiva de género

Está demostrado que la adopción de un enfoque de SST «neutro con las cuestiones de género» no contribuye a reducir las lagunas de conocimiento ni a mejorar la eficacia de la prevención. Tal enfoque contribuye, por ejemplo, a:

- ocultar o ignorar las diferencias de género;
- prestar menos atención a algunos ámbitos de investigación más relacionados con las mujeres;
- subestimar la magnitud de los riesgos que afectan a las mujeres;
- reducir la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones en materia de SST, ya que no se adoptan medidas positivas para garantizar su integración;
- obviar las soluciones preventivas más adecuadas.

Las decisiones políticas sobre las prioridades en relación con las medidas legislativas, el apoyo a las inspecciones de trabajo y las actividades de ejecución se basan cada vez más en análisis de riesgos. Por tanto, a fin de garantizar la igualdad de trato, es fundamental que no se subestimen los riesgos a los que se exponen las mujeres. Por otro lado, en aquellos casos en los que se han tenido en cuenta las cuestiones de género, el interés se ha centrado en el aspecto referido a la procreación en las mujeres, dejándose a un lado otros peligros reproductivos tanto para hombres como para mujeres.

Déficit de investigación: mejora de los conocimientos sobre los riesgos que afectan a las mujeres

Se está prestando más atención a la seguridad y la salud laborales de las mujeres. No obstante, la salud relacionada con el trabajo y los riesgos de seguridad a los que se enfrentan las mujeres pueden subestimarse de varias formas. Entre los métodos que permiten obtener información más precisa se incluyen los siguientes:

- Transformar de forma sistemática y rutinaria cuestiones de género y su análisis en actividades de control e investigación en materia de SST.
- Adaptar los datos al número de horas trabajadas (las mujeres suelen trabajar menos que los hombres) y desglosarlos de forma más detallada según la tarea real realizada.
- Examinar las cifras relativas a trabajos específicos, en lugar de recurrir a la media.
- Incluir ambos géneros en las actividades de investigación y realizar análisis de forma que puedan examinarse las diferencias de género, en lugar de «controlar» por género. Por ejemplo, las coronopatías son una causa importante de mortalidad en las mujeres y, pese a ello, las investigaciones se han centrado en buena medida en los hombres. Esto se debe en parte al hecho de que en las mujeres las enfermedades del corazón se desarrollan más

tarde que en los hombres, cuando se han jubilado, motivo por el que a menudo se ha pasado por alto esta posible relación laboral.

- Garantizar que las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo que afectan a las mujeres son objeto de investigaciones y estudios estadísticos. Por ejemplo, las lesiones ocasionadas por la violencia en el lugar de trabajo no siempre se incluyen en las estadísticas nacionales, y las cuestiones relacionadas con el equilibrio de la vida laboral y la familiar no siempre se contemplan en los estudios de investigación sobre el estrés en el entorno de trabajo.
- Prestar atención a las cuestiones de salud en las mujeres en el lugar de trabajo que antes se pasaban por alto, por ejemplo las posibles vinculaciones entre algunas cuestiones de salud femenina, como los trastornos menstruales y la menopausia, y el trabajo.
- Mejorar la recopilación de datos sobre los vínculos existentes entre las enfermedades que afectan a las mujeres y el trabajo, por ejemplo haciendo constar la ocupación de las mujeres en los certificados de defunción y en los exámenes epidemiológicos, etc.
- A efectos de investigación, se deben tener en cuenta las tareas realizadas, no únicamente el nombre del trabajo y la descripción, así como la exposición a los riesgos relacionados, y se debe adoptar un enfoque más centrado en la participación del trabajador.
- Dirigir las investigaciones hacia los riesgos laborales que afectan a las mujeres y su prevención. Por ejemplo, el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) elaboró un programa de investigación centrado en mujeres y en trabajos en los que estas predominan.

Asimismo, al objeto de desarrollar unos métodos más eficaces, las actividades de investigación sobre epidemiología deberían ser objeto de una valoración crítica para poder encontrar una tendencia sistemática en la forma en que se llevan a

cabo las investigaciones sobre la salud de hombres y mujeres y sobre los modelos patológicos.

Promoción de la igualdad en materia de prevención: integración de la perspectiva de género y evaluación del impacto en función del sexo

Existe una amplia variedad de legislación comunitaria —o directivas— sobre igualdad entre hombres y mujeres, pero el enfoque de las directivas europeas en materia de seguridad y salud en el trabajo suele ser neutro desde la perspectiva de género. Es decir, el enfoque de SST no tiene en cuenta de forma específica las cuestiones de género. Sin embargo, determinadas directivas comunitarias contemplan en mayor medida los riesgos a los que los hombres están más comúnmente expuestos, como el ruido, o los sectores de ocupación típicamente masculinos, como la construcción, en comparación con los riesgos que afectan principalmente a las mujeres, como los trastornos de las extremidades superiores y el estrés. Las directivas sobre SST excluyen de su alcance un ámbito en el que predominan las mujeres: el de las tareas domésticas remuneradas. Numerosas normas en materia de seguridad y salud en el trabajo y los límites de exposición a sustancias peligrosas se basan en poblaciones masculinas y se refieren principalmente a sectores de ocupación en los que predominan los hombres. Asimismo, a efectos de indemnizaciones, los accidentes laborales y las enfermedades relacionadas con el trabajo que mejor cobertura tienen son los que afectan más comúnmente a los hombres. Por tanto, es necesario abordar estas cuestiones.

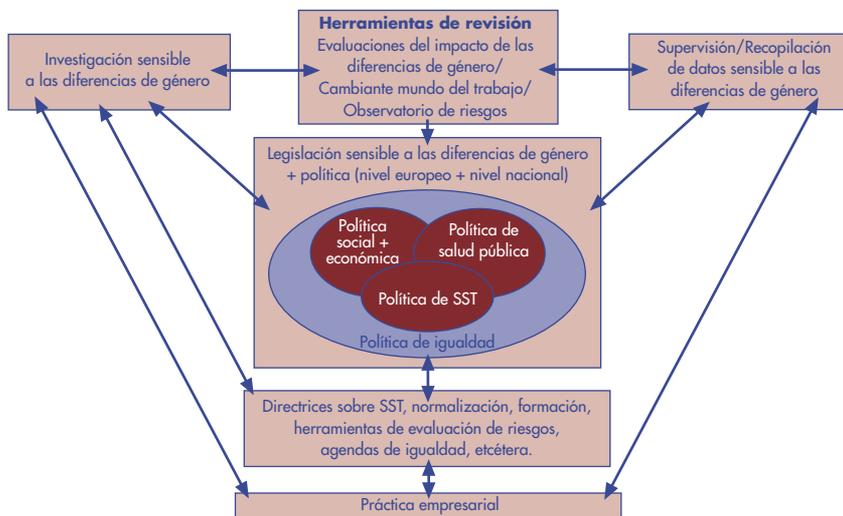
La estrategia de la Comunidad sobre seguridad y salud en el trabajo 2002-2006 incluye como objetivo fundamental la integración de las cuestiones de género, por ejemplo, mediante la incorporación de la perspectiva de género en las actividades de evaluación de

riesgos, la aplicación de medidas preventivas, regímenes de indemnización y acciones comparativas. La integración de las cuestiones de género en los análisis, en la formulación y en el control de políticas, así como en programas y proyectos, tiene como objetivo reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. Esto significa que debería tenerse en cuenta el género a la hora de aplicar la estrategia comunitaria en su conjunto, incluidos los ámbitos de desarrollo y fomento de instrumentos políticos, como la legislación, el diálogo social, las medidas progresivas y las buenas prácticas, la responsabilidad social de las empresas, los incentivos económicos y la integración de la SST en otros ámbitos políticos.

Los resultados del presente informe secundan la necesidad de esta integración; a tal fin, convendría utilizar la evaluación del impacto en función del sexo, entre otras herramientas. Dicha evaluación, que forma parte de la estrategia de la Comisión sobre igualdad de género, debería aplicarse en todos los ámbitos de la política de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la revisión de las actuales directivas en la materia, la elaboración de nuevas normas y directrices, el proceso de normalización y los regímenes de indemnización.

A pesar de las carencias, en el enfoque neutro con respecto al género, de la legislación y las directrices de la UE en materia de SST, y pese a la necesidad de someterlas a evaluaciones de impacto en función del género, es posible aplicarlas de forma que tengan en consideración las cuestiones de género. Si se aplican y ejecutan eficazmente en todos los Estados miembros, es probable que las condiciones de trabajo de muchas mujeres experimenten una considerable mejora. Es necesario contar con directrices, instrumentos de evaluación de riesgos y formación para garantizar que las directivas se aplican teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Niveles de acción para la integración de la perspectiva de género en el sistema de SST



Medidas para mejorar la sensibilidad con respecto a las cuestiones de género en la prevención de riesgos

La sensibilidad con respecto al género se refiere al hecho de tener en cuenta las cuestiones de género, las diferencias y las desigualdades en estrategias y acciones. Los resultados del presente informe en relación con las actividades de investigación y las buenas prácticas actuales, así como las recomendaciones realizadas por organismos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las recogidas en un informe de la Oficina Técnica Sindical Europea de Salud y Seguridad (TUTB) (Messing, 1999) sugieren que existen varias medidas que pueden adoptarse para lograr un enfoque de prevención de riesgos en los lugares de trabajo de la UE que tenga más en cuenta las diferencias de género.

Lugar de trabajo: empresas

Aunque todavía existen algunas lagunas en el conocimiento de este tema, disponemos de

datos científicos suficientes para adoptar medidas destinadas a prevenir los riesgos laborales que afectan a las mujeres referidos en este informe. Lo que resulta particularmente importante es la necesidad de contemplar las ocupaciones tanto de hombres como de mujeres a la hora de realizar la evaluación de riesgos, lo que implica examinar con detalle las tareas que realmente llevan a cabo en la práctica y todos los factores que influyen en ellos. Este proceso exige la participación de todos los integrantes de la empresa. Por lo que respecta al lugar de trabajo, se deben dar los siguientes pasos:

- Adoptar un enfoque que tenga en cuenta el género en la evaluación de riesgos y garantizar la disponibilidad de información y formación sobre cuestiones de género en relación con la SST.
- Vincular las actividades en materia de igualdad con las de SST: por ejemplo, incluir las condiciones de trabajo en las políticas y medidas sobre igualdad, e incluir cuestiones como el acoso sexual y el equilibrio entre el trabajo y la vida privada en actividades de SST tales como la prevención del estrés. Tener en cuen-

ta aspectos como la flexibilidad y el enriquecimiento del trabajo, así como los horarios laborales de hombres y mujeres para mejorar el equilibrio entre el trabajo y la vida privada.

- Facilitar la participación de las mujeres en el proceso de consulta y de toma de decisiones en relación con la SST, así como en los comités de seguridad.
- Tener en cuenta la SST y el impacto de las cuestiones de género a la hora de realizar cambios en la organización del trabajo.
- Utilizar el modelo de evaluación de riesgos y los ejemplos prácticos que se recogen en este informe como punto de partida de cualquier acción, adaptándolos si es necesario.

Interlocutores sociales

- Tener en cuenta el género en todas las actividades de SST.
- Utilizar comités de diálogo social, a nivel europeo o nacional, para elaborar directrices y planes de acción y fomentar un enfoque más sensible al género.
- Sensibilizar a la opinión pública por lo que respecta a las cuestiones de género en la SST.
- Elaborar guías y recursos de formación y fomentar la participación de más mujeres como representantes sindicales o en comités de seguridad, etc.
- Incluir la SST en las actividades sobre igualdad.

Autoridades de SST

- Garantizar que las políticas y los programas sobre seguridad y salud laborales incluyen una dimensión de género bien definida y transparente.

- Elaborar directrices y crear herramientas de inspección, por ejemplo en lo que respecta a una aplicación de la normativa sensible al género, así como recursos de formación.
- Formar y sensibilizar a los inspectores de trabajo y a las empresas.
- Garantizar que los recursos y las actividades de intervención se dirigen a los empleos tanto de mujeres como de hombres.
- Fomentar la investigación sobre los riesgos o empleos de particular relevancia para las mujeres, en la que han sido ignoradas.

Marco político

- Aplicar evaluaciones de impacto en función del género a las directivas sobre SST, la legislación, los límites y normas, las evaluaciones comparativas, la fijación de prioridades, los regímenes de indemnización, etc.
- Desarrollar nuevas políticas sobre SST teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- Crear grupos de asesoramiento sobre la integración de las cuestiones de género en la SST.
- Incluir la perspectiva de género en todas las actividades de SST.
- Incluir la SST en la política de igualdad.
- Promover la participación de las mujeres en la formulación de políticas sobre SST.
- Incluir las cuestiones de género y los riesgos a los que se enfrentan las trabajadoras en los programas de investigación sobre SST.
- Fomentar un enfoque holístico ante la SST que incluya la relación entre el trabajo y el hogar.
- Promover la cooperación interdisciplinaria.

Principales conclusiones

- Son necesarios esfuerzos continuados para mejorar las condiciones de trabajo tanto de hombres como de mujeres. Facilitar el trabajo a las mujeres redundará también en una simplificación para los hombres.

- Existe una fuerte segregación de mujeres y hombres en distintos trabajos y tareas, y las mujeres llevan a cabo la mayor parte de las tareas domésticas no remuneradas. Asimismo, las mujeres suelen trabajar a tiempo parcial. Esta segregación por géneros en el trabajo y en casa y las

diferencias entre géneros en las condiciones de trabajo tienen una gran repercusión sobre las diferencias entre géneros en cuanto a salud laboral. La investigación y toda intervención deberán tener en cuenta los verdaderos trabajos que ejercen hombres y mujeres. Son necesarios más estudios que examinen a hombres y mujeres que desempeñan las mismas tareas en las mismas circunstancias y que contemplen las diferencias en la exposición y las condiciones de trabajo.

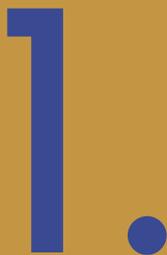
- Además de basar la evaluación de la exposición en el trabajo verdaderamente realizado, se pueden mejorar la investigación y el control incluyendo sistemáticamente la dimensión del género en la recogida de datos, adaptándola a las horas trabajadas. Los métodos epidemiológicos deberán evaluarse para tener en cuenta cualquier desviación. Los indicadores sobre sistemas de vigilancia, tales como informes y encuestas de alcance nacional sobre accidentes, deberán cubrir los riesgos laborales para la mujer.
- Es probable que se hayan infravalorado y descuidado los riesgos laborales para la seguridad y la salud de las mujeres en comparación con la de los hombres. Algunos factores de riesgo en el trabajo de las mujeres y sus interacciones han sido escasamente estudiados y han recibido menos atención en las evaluaciones de riesgos y en las actividades de prevención. Estos ámbitos descuidados deberían considerarse prioritarios y ser objeto de actividades de investigación, toma de conciencia y prevención.
- La adopción de un enfoque de géneros neutral en la política y la legislación ha llevado a disminuir la atención y los recursos dirigidos a los riesgos laborales para las mujeres y su prevención. Asimismo, las directivas europeas no abarcan a los empleados del hogar. Las mujeres que ejercen una ocupación informal, por ejemplo las esposas o parejas de empresarios agrícolas o pesqueros, no siempre están contempladas por la legislación. Las evaluaciones de impacto en función del sexo deberán efectuarse a partir de las directivas, normalización y acuerdos de compensación existentes y futuros en materia de salud y seguridad en el trabajo.
- Basándose en el conocimiento actual sobre la prevención y la integración del género en la SST, las directivas existentes podrían ponerse en práctica de una forma más sensible al género, pese a la necesidad de evaluaciones de impacto

en función del sexo en relación con la legislación sobre SST.

- A fin de tener éxito, las intervenciones sensibles al género deberán adoptar un enfoque participativo, en el que tomen parte los trabajadores afectados y basado en un examen de las situaciones reales de trabajo.
- La mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de las mujeres y de la calidad de la vida laboral no puede contemplarse separadamente de aspectos más amplios relativos a la discriminación en el trabajo y en la sociedad. Las actividades destinadas a integrar la seguridad y la salud laborales en otros ámbitos estratégicos, como son la salud pública o las iniciativas de responsabilidad social de la empresa, deberían tener en cuenta el género.
- Las mujeres no están suficientemente representadas en la toma de decisiones relativas a la seguridad y la salud en el trabajo. Deberían involucrarse más directamente, y las opiniones, experiencias, conocimientos y capacidades de las mujeres deberían reflejarse a la hora de formular y poner en práctica las estrategias de SST.
- Hay ejemplos concluidos con éxito en los que se ha incluido o seleccionado como objetivo el género en los enfoques de investigaciones, intervenciones, consulta y toma de decisiones, instrumentos y medidas. Deberán compartirse las experiencias, recursos y buenas prácticas a la hora de integrar y adoptar un enfoque sensible al género.
- Si bien las tendencias generales en las condiciones de trabajo y la situación de las mujeres son similares en todos los Estados miembros y países candidatos, también existen diferencias por países dentro de estas tendencias generales. Por tanto, cada país tendrá que examinar sus circunstancias particulares con respecto al género y la SST a fin de planificar las medidas apropiadas.
- Si se adoptase un enfoque holístico ante la SST —incluida la interfaz de relación entre el trabajo y la vida y aspectos más amplios de la organización del trabajo y el empleo, así como todos los elementos relacionados con el cambiante mundo del trabajo—, mejoraría la prevención de riesgos laborales, lo que beneficiaría tanto a las mujeres como a los hombres.

- Las mujeres no constituyen un grupo homogéneo, pertenecen a grupos de edades distintos, tienen orígenes étnicos diferentes y no todas las mujeres trabajan en empleos tradicionalmente «femeninos». Lo mismo se aplica a los hombres. Un enfoque ho-

lístico ha de tener en cuenta la diversidad. Las medidas destinadas a mejorar el equilibrio entre el trabajo y la vida privada deben tener en cuenta los horarios de trabajo de las mujeres y de los hombres, y estar diseñadas para resultar atractivas a ambos.



INTRODUCCIÓN

¿Por qué conviene examinar la seguridad y la salud en el trabajo desde una perspectiva de género?

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo es cada vez mayor, y el Consejo Europeo de Lisboa (23 y 24 de marzo de 2000) se fijó el objetivo de aumentar la tasa de empleo global al 70 %, y el número de mujeres empleadas, al 60 %. La seguridad y la salud en el entorno de trabajo (SST) revisten una gran importancia a la hora de garantizar la empleabilidad y la reconciliación de la vida laboral y la vida privada. La prevención de las enfermedades y el fomento del bienestar en el trabajo son factores importantes

para la calidad del trabajo de mujeres y hombres, ya que los costes derivados de las enfermedades relacionadas con el trabajo son elevados para los empresarios y la sociedad, así como para los individuos afectados.

El fomento de la igualdad es una parte importante de la política social de la Comunidad Europea, lo que incluye también la igualdad de condiciones de trabajo. La integración de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la política comunitaria es lo que suele conocerse como «transversalidad» (*gender mainstreaming*). La estrategia comunitaria sobre seguridad y salud en el trabajo para 2002-2006 (Comisión Europea, 2002c) contempla las cuestiones de género. La estrategia destaca la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo y reconoce las diferencias de género en la incidencia de los accidentes y enfermedades. Asimismo, la estrategia adopta un enfoque holístico y presenta una serie de objetivos relativos al bienestar en el trabajo al que deben aspirar conjuntamente todos los actores en juego. Entre estos objetivos se incluye «la integración de la dimensión de igualdad entre hombres y mujeres en la evaluación del riesgo, las medidas preventivas y los mecanismos de indemnización, de forma que se tengan en cuenta las particularidades de las mujeres por lo que respecta a la salud y la seguridad en el trabajo». El Parlamento Europeo, en sus observaciones sobre la estrategia relativa a la seguridad y la salud laborales, hizo especial hincapié en la importancia del género y destacó varios ámbitos de actuación (véanse los anexos 3 y 4).

A fin de seguir avanzando en la estrategia sobre la integración de las cuestiones de género en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo, es importante examinar desde un punto de vista crítico los conocimientos existentes sobre las diferencias de género en la SST y los motivos por los que pueden existir diferencias y lagunas de conocimiento. Con esto en mente, el Consejo de Administración de la Agencia Europea

para la Seguridad y la Salud en el Trabajo decidió examinar la igualdad entre hombres y mujeres y la seguridad y la salud laborales en el marco de su programa de trabajo para 2002.

Existen otros motivos por los que se antoja necesario estudiar las diferencias entre los géneros en el ámbito de la seguridad y la salud laborales. Se ha producido la entrada de mujeres en el sector servicios en particular, y están excesivamente representadas en los trabajos con contrato a tiempo parcial y de corta duración. ¿Cómo repercute esta situación en su seguridad y salud laborales? Asimismo, ¿existen diferencias de género en el ámbito de la SST entre los Estados miembros de la Unión Europea y los países candidatos? ⁽¹⁾.

De los datos estadísticos se desprende que los hombres tienen más probabilidades de sufrir accidentes en el trabajo, incluidos aquellos que pueden ser mortales, pero también que el trabajo puede constituir una fuente importante de enfermedad y de absentismo laboral entre las mujeres.

Cada vez es mayor la convicción de que mujeres y hombres están expuestos a riesgos distintos en el trabajo y de que las consecuencias sobre la salud son también distintas. No obstante, los riesgos a los que se exponen las mujeres en el lugar de trabajo siguen siendo a menudo ignorados. Tanto las actividades de investigación como las de prevención se han centrado tradicionalmente en empleos dominados por los hombres.

Cuestiones fundamentales que deben abordarse

¿Muestran los escasos datos estadísticos la situación real? ¿En qué medida se deben las diferen-

cias en el estado de salud de hombres y mujeres a las diferencias en función del sexo (biológicamente determinadas)? ¿Y en el caso de las diferencias de género (diferencias sociales que son modificables y variables)? ¿De qué modo afectan a la seguridad y a la salud laborales los distintos trabajos y tareas ejercidos por hombres y mujeres? ¿Existen riesgos adicionales para las mujeres que acceden a trabajos dominados por los hombres? ¿Qué prestaciones reciben hombres y mujeres por parte de los servicios de salud laboral? Se supone que un entorno de trabajo sano y seguro afectará a todos por igual. ¿Qué consecuencias tiene este enfoque neutro con respecto al género? ¿Qué consecuencias tienen las mayores responsabilidades de la mujer en el hogar? ¿La situación es la misma en los Estados miembros y en los países candidatos? ¿En qué se traducen las respuestas a estas preguntas para la prevención de riesgos?

El presente informe examina estas preguntas y otros aspectos. Las cuestiones fundamentales que se abordan son las siguientes:

- ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo? En caso afirmativo, ¿cuáles son las causas de estas diferencias?
- ¿En qué medida las actividades de investigación que se están llevando a cabo son sensibles a las cuestiones de género? ¿Cuáles son los déficits de conocimiento?
- ¿Qué acciones se han emprendido y qué otras medidas se pueden adoptar para fomentar la igualdad en el entorno de trabajo en relación con la seguridad y la salud laborales?
- ¿En qué medida tiene en cuenta el actual sistema de SST las cuestiones de género? ¿Qué medidas deben adoptarse?
- ¿Cómo se puede incorporar la perspectiva de género en la legislación y en la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo?

¿Qué incluir? El modelo conceptual

Muchos factores dentro y fuera del entorno de trabajo pueden influir sobre la salud y el bien-

⁽¹⁾ Por países candidatos se entiende los trece candidatos a la adhesión a la Unión Europea en el momento en que se elaboró el presente informe: Bulgaria, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, la República Checa, Rumanía y Turquía. Este informe remite a la encuesta de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo relativa a las condiciones de trabajo en doce de esos países candidatos, ya que Turquía no estaba incluida (Paoli, 2002).

tar de los trabajadores. Entre estos se incluyen las condiciones físicas de trabajo, el sistema de SST, la vida fuera del trabajo y la política social. Hay que tener en cuenta todos estos factores y el modo en que interactúan a la hora de examinar las diferencias de género existentes en materia de seguridad y salud en el trabajo. El siguiente modelo pretende mostrar estos factores interrelacionados. Sin embargo, no ha sido posible explorar detenidamente todas las cuestiones en el marco de este informe, y su principal foco de atención ha sido la fase central del modelo, la seguridad y la salud laborales en el entorno de trabajo (véanse los gráficos 1 y 2).

El informe empieza examinando las diferencias en la posición laboral general entre mujeres y hombres. A continuación se centra en diversos riesgos y empleos específicos y en las consecuencias para la salud. Esta sección también presta atención a grupos concretos, como los trabajadores de más edad. A continuación, pasa a considerar con más detalle el contexto de la identificación y la prevención de los riesgos, incluidos los sistemas de información, los sistemas de salud la-

boral, la participación de la población activa y la transversalidad de las cuestiones de género. Por último, el informe presenta una serie de conclusiones y sugerencias para lograr el objetivo de la igualdad en materia de salud laboral.

La metodología

El Centro temático de investigación de la Agencia Europea redactó el manuscrito original que sirvió de punto de partida del presente informe. La información se recopiló mediante una encuesta y un debate previos que se llevaron a cabo en una reunión con expertos, una síntesis documental y búsquedas en Internet. El marco teórico del informe también se desarrolló en la reunión de expertos. La red de la Agencia en los Estados miembros y en los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC) y otro grupo de expertos realizaron comentarios sobre el manuscrito original. El informe final fue editado por la Agencia, en colaboración con el Centro temático. Para más información sobre los colaboradores, véanse los anexos 1 y 2.

Gráfico 1. Marco teórico del estudio

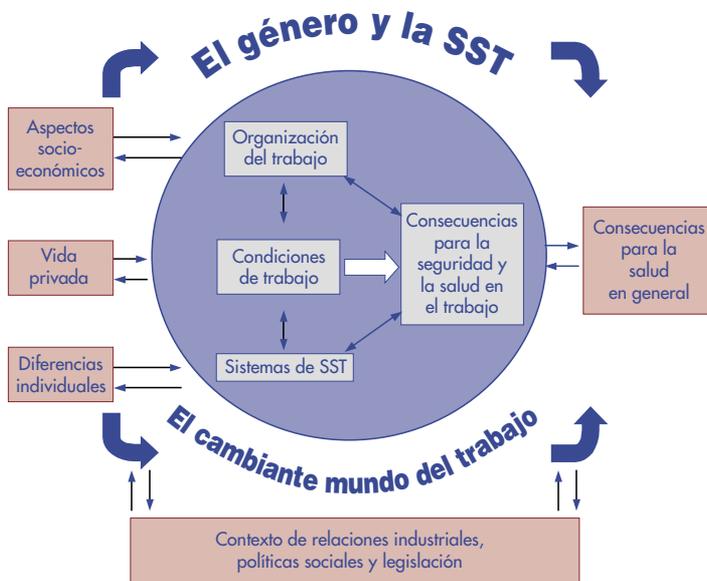
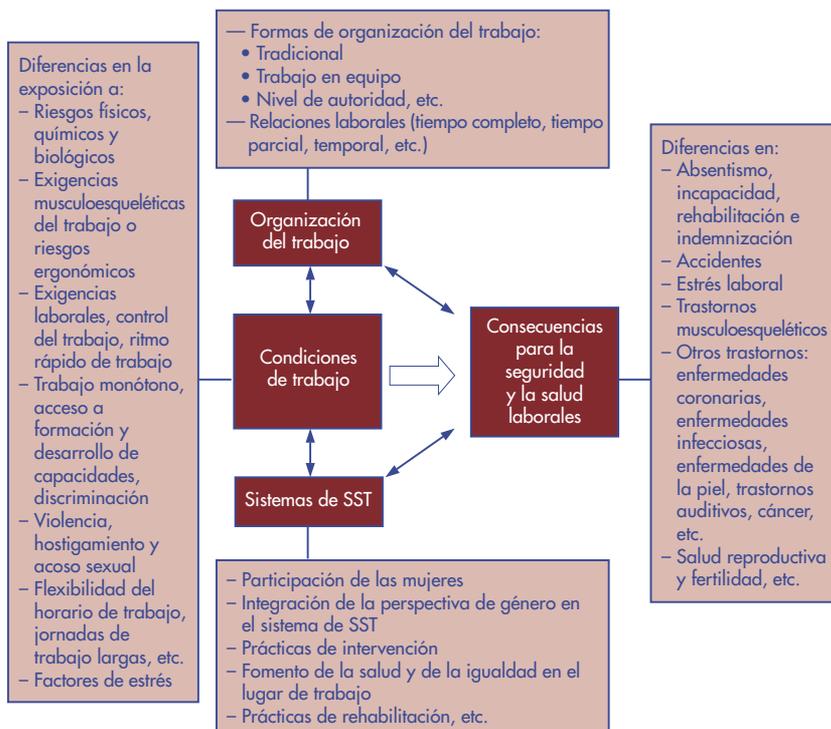


Gráfico 2. Detalle de elementos incluidos en el marco teórico



Conceptos y terminología

Para las definiciones de términos como «género», «sensible al género» y «transversalidad», consúltese el glosario.

Datos estadísticos

Los datos estadísticos que figuran en el presente informe proceden de tres fuentes principales: datos oficiales de accidentes en los Estados miembros, que son recopilados y analizados por Eurostat, la oficina estadística de las Comunidades Europeas; una encuesta de población activa realizada en cada uno de los Estados miembros, cuyos resultados también fueron analizados por Eurostat; y la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida

y de Trabajo. Estos datos vienen acompañados de información proporcionada por los Estados miembros y extraída de estudios de investigación. Todas las fuentes tienen sus limitaciones generales y específicas a la hora de ofrecer una visión precisa de las diferencias de género.

No es posible comparar directamente las estadísticas nacionales de los Estados miembros, ya que no todos recopilan la misma información del mismo modo. Solo se recopila la información sobre accidentes graves, como los que llevan al trabajador a ausentarse del trabajo durante más de tres días. Comprobaremos que las mujeres son más propensas a padecer enfermedades relacionadas con el trabajo, y los hombres, más propensos a los accidentes. La información de los Estados miembros sobre casos de enfermedades rela-

cionadas con el trabajo es bastante limitada e incluso muy variable. En el informe se muestra cómo la violencia en el lugar de trabajo es un factor que afecta a las mujeres. No todos los Estados miembros recopilan información sobre casos de violencia laboral, y no todos los países recaban información con respecto al género.

Las encuestas se realizaron con vistas a obtener información sobre la incidencia de accidentes menos graves y más información sobre las enfermedades laborales. Aunque proporcionan una visión más general, también presentan desventajas. Son útiles en la medida en que también lo son las preguntas planteadas. Las respuestas son subjetivas y pueden variar en función del grado de concienciación y conocimiento que se tiene del asunto de la pregunta. Por ejemplo, se supone que las notables diferencias en las respuestas a una pregunta incluida en la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo relativa al acoso en el trabajo se deben probablemente a las diferencias en los distintos niveles de concienciación. No todos los Estados miembros participaron en la Encuesta de población activa. Lo ideal para garantizar que las diferencias no se disfrazan y que los encuestados entienden la pregunta correctamente es complementar estas encuestas con la celebración de debates en grupos específicos, por ejemplo. Fagan y Burchell (2002) han formulado una serie de recomendaciones para mejorar la sensibilidad con respecto al género de la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, con el objetivo de obtener una visión más clara de

las diferencias de género y de la exposición a los riesgos que afectan particularmente a las mujeres. Por ejemplo, se ha propuesto mejorar la pregunta relativa a la violencia, el acoso y la intimidación.

En el informe se demuestra cómo los trabajos ejercidos y el entorno de trabajo influyen sobre los riesgos a los que los trabajadores están expuestos. Sin embargo, actualmente, la información que se recopila por sectores y trabajos es bastante general. La estructura industrial y la distribución por sectores de la población activa, incluso en lo que respecta a las cuestiones de género, difieren de un país a otro. La probabilidad de sufrir un accidente o de padecer una enfermedad laboral viene determinada en buena medida por el nivel de exposición. Las mujeres trabajan menos horas que los hombres, y las horas trabajadas también varían dependiendo del sector. Así pues, a la hora de examinar las diferencias de género en relación con los índices de accidentes y de enfermedades laborales, es muy importante adaptar las cifras al número de horas trabajadas. Eurostat ha llevado a cabo varios análisis secundarios de la información recopilada, y estos datos estadísticos son los que se emplean en el presente informe (Dupré, 2002). La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo también ha efectuado un análisis exhaustivo de los resultados por género de su Encuesta, incluidos análisis en función del género y por trabajo a tiempo completo y tiempo parcial, y este informe recoge buena parte de los resultados obtenidos.

2.



DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA VIDA LABORAL EN EUROPA

Puntos fundamentales

- Ha aumentado la participación de las mujeres en el mundo laboral y ahora representan el 42 % de la población activa de la Unión Europea (UE).
- Las mujeres son contratadas a tiempo parcial más a menudo que los hombres. Los hombres suelen trabajar más horas.
- Existe una fuerte segregación horizontal del mercado de trabajo. Por ejemplo, la presencia femenina es mayor en el sector público, el sector servicios, el sector de ventas y en trabajos administrativos. Los hombres suelen trabajar como operadores de máquinas, en trabajos técnicos y en sectores tales como la artesanía, la construcción, el transporte o la industria extractiva.
- Incluso en el mismo tipo de trabajo dentro de la misma organización, mujeres y hombres a menudo llevan a cabo tareas distintas.
- También existe una fuerte segregación vertical del mercado de trabajo, donde los hombres ocupan la mayor parte de los puestos directivos o altos cargos.
- Es más probable que las mujeres realicen actividades de asistencia, enfermería y servicios. Los hombres predominan en trabajos de gestión o asociados con máquinas o productos físicos que se consideran «duros» o «complejos».
- En cuanto a los trabajos no cualificados, las mujeres suelen trabajar en la limpieza o la agricultura, y los hombres, en general, en trabajos manuales.
- Las mujeres están infrarrepresentadas entre los trabajadores con contratos fijos y los trabajadores autónomos.
- Los hombres ganan más que las mujeres, incluso después de adaptar las cifras al número de horas trabajadas.
- Fuera del trabajo, es mayor el porcentaje de mujeres trabajadoras que cuidan de los hijos o de familiares mayores o con discapacidad, que hacen la comida y que se ocupan de las tareas domésticas, en comparación con el porcentaje de hombres.
- En comparación con la UE, en los países candidatos la segregación por género es menor, las horas de trabajo no están tan diferenciadas en función del sexo, hay menos empleos a tiempo parcial y la doble carga de trabajo remunerado y tareas domésticas no remuneradas está más equilibrada desde el punto de vista del género.

Introducción

Las diferencias de género y los riesgos relacionados con el trabajo no pueden abordarse sin tener en cuenta la situación de la mujer en el mercado de trabajo y las diferencias entre hombres y mujeres en la vida laboral. Por ejemplo, la exposición a los riesgos varía según el número de horas trabajadas y en función del sector, el tipo de trabajo y las tareas realizadas, ya que las condiciones de trabajo son distintas. Asimismo es importante tener en cuenta el potencial de riesgo de los distintos trabajos ejercidos por hombres y mujeres, ámbito en el que se ha centrado la atención de la seguridad y la salud en el trabajo (SST).

Participación de las mujeres en el mercado de trabajo

En los últimos veinticinco años ha aumentado considerablemente la participación de las mujeres en el mercado de trabajo europeo. Sin embargo, su tasa de participación sigue siendo inferior a la de los hombres y, por lo general, ellas trabajan menos horas. Las diferencias de participación son notables entre Estados miembros. Por ejemplo, las mujeres están más presentes en Suecia, donde la tasa de participación femenina alcanzó el 48 % en 2000, mientras que en España solo llega al 35 % (véase el gráfico 1 del anexo 5). La proporción de mujeres es mayor en los países candidatos (46 %) que en los Estados miembros (42 %), según las encuestas sobre las condiciones de trabajo de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Paoli, 2002).

También existen diferencias notables entre las tasas de participación de mujeres que pertenecen a distintos grupos de edad. Los países escandinavos registran la mayor tasa de participación de mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 49 años (cerca del 80 %), mientras que Italia, España y Grecia presentan las tasas más bajas (en torno al 55 %). Los países escandinavos registran asimismo la tasa de participación más elevada de

mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 64 años, ya que entre el 60 % y el 70 % de las mujeres de este tramo de edad trabaja fuera de casa; en Grecia, Luxemburgo, Bélgica, España e Italia, este grupo de mujeres solo representa entre el 20 % y el 30 % (véanse los gráficos 2 y 3 del anexo 5). En comparación con los hombres, existen menos probabilidades de que las mujeres trabajen en ambos tramos de edad, pero la diferencia es más notable en edades intermedias. Es importante prestar atención a la estructura de edad, ya que las consecuencias para la seguridad y la salud laborales pueden variar según se trate de jóvenes o de trabajadores de más edad.

Los hijos influyen enormemente en la tasa de participación femenina. En 2000, el 72 % de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 50 años que no tenían hijos estaba trabajando, comparado con el 59 % de mujeres con hijos menores de seis años. En contraste con ello, el 94 % de los hombres de entre 20 y 50 años de edad que no tenían hijos trabajaba, en comparación con el 89 % con hijos (Comisión Europea, *Social Agenda*, julio de 2002). La disponibilidad de servicios de cuidado de los hijos y de otras medidas que permitan conciliar la vida laboral y familiar influye en la tasa de participación y el número de horas trabajadas (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002c). Muchas mujeres que regresan al mercado de trabajo después de haber criado a sus hijos acceden a puestos de trabajo poco cualificados y de escasa consideración, como la limpieza o las tareas domésticas (McCarthy y Scannel, 2002).

Los principales motivos de las altas tasas de inactividad de las mujeres en Europa son la falta de educación y de formación (27 %), las responsabilidades personales o familiares (20 %), la jubilación anticipada (16 %) y las enfermedades o la discapacidad (9 %) (Comisión Europea, 2002d; informe solicitado por la Cumbre de Estocolmo).

Recuadro 1. Diferencias de género en la jornada de trabajo: resultados de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo

- En general, las mujeres trabajan nueve horas menos a la semana que los hombres.
- El 20 % de los hombres activos y el 10 % de las mujeres activas trabajan muchas horas a la semana (48 horas o más).
- Existen más probabilidades de que las mujeres que ocupan puestos de dirección o que desempeñan trabajos manuales, en los que suelen predominar los hombres, trabajen más horas que en otros empleos; pero, aun así, las jornadas de trabajo en los puestos de dirección suelen ser más cortas para las mujeres que para los hombres.
- El 32 % de las mujeres y el 7 % de los hombres afirman trabajar a tiempo parcial.
- Es más probable que los hombres tengan la posibilidad de variar la hora a la que empiezan y terminan de trabajar (26 % de hombres, frente al 19 % de mujeres), y esta diferencia en función del sexo es más marcada en el trabajo de oficina entre profesionales y directivos.
- El 20 % de los empleados trabaja por turnos, siendo esta proporción similar en el caso de los trabajadores a tiempo parcial, a tiempo completo y por género.
- Entre los profesionales, las mujeres trabajan, en mayor medida que los hombres, en turnos rotatorios. Como ejemplo de ello cabe citar a los trabajadores sanitarios. En el sector de los trabajos manuales, el porcentaje de hombres que trabaja en turnos rotatorios es mayor.
- Las mujeres que trabajan por turnos suelen hacerlo en el turno de noche si están contratadas a tiempo parcial.

- En el caso de los trabajos a tiempo completo, los hombres suelen tener que recorrer más distancia para ir y venir del trabajo.
- Tanto mujeres como hombres que trabajan a tiempo completo afirman que las exigencias de sus trabajos no son compatibles con sus compromisos familiares y sociales; esta falta de equilibrio es más marcada en el caso de los padres; un 25 % de hombres y un 25 % de mujeres que trabajan a tiempo completo no concilian su vida profesional y familiar.
- El 50 % de las madres que trabajan a tiempo parcial afirma que sus horarios son compatibles con otros compromisos, lo que significa que el otro 50 % no puede conciliar ambos aspectos de su vida.
- Los hombres son más propensos a afirmar que trabajar fuera del horario convencional es incompatible con su vida privada, a menudo porque esto va acompañado de largas jornadas laborales.
- Las diferencias se consideran en función de la edad y del país.
- Las diferencias vienen determinadas por las situaciones, las oportunidades del mercado de trabajo, el ámbito laboral, la legislación y la política social, etc.
- Las jornadas de trabajo son más largas y tienden a diferenciarse menos en función del sexo en los países candidatos, en comparación con la UE. Así pues, el índice de mujeres activas que trabajan a tiempo parcial es bajo. Tanto para hombres como para mujeres, el trabajo a tiempo parcial es menos frecuente, el 7 % de la población activa en los países candidatos afirma trabajar a tiempo parcial, en comparación con el 17 % en la UE (información adicional de una encuesta sobre las condiciones de trabajo en los países candidatos).

Fuentes: Paoli y Merllié (2001); Fagan y Burchell (2002); Paoli (2002).

Jornada de trabajo

El recuadro 1 presenta los principales resultados de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo en relación con la jornada laboral y las cuestiones de género. Las mujeres suelen trabajar menos horas que los hombres. Cerca del 20 % de los hombres y del 8 % de las mujeres tienen jornadas regulares de trabajo de 10 horas (Fa-

gan *et al.*, 2001; Fagan y Burchell, 2002). El principal crecimiento registrado en el empleo en la UE ha sido el de los trabajos a tiempo parcial (Clarke, 2001). La tasa de empleo de las mujeres, en particular, ha aumentado gracias al acceso a trabajos a tiempo parcial; además, existen diferencias de género significativas en el número de horas trabajadas. Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 17 % de los en-

cuestados trabajaba a tiempo parcial, de los cuales el 32 % eran mujeres y solo el 7 % eran hombres. Una vez más, existen grandes diferencias por países, con el 33 % de trabajadores a tiempo parcial en los Países Bajos y solo el 5 % en Grecia (véase el gráfico 4 del anexo 5).

También pueden apreciarse diferencias entre trabajadores a tiempo completo y trabajadores a tiempo parcial en el tipo de trabajo realizado, las condiciones de trabajo y la formación disponible. El trabajo a tiempo parcial es más propio del sector servicios, de los trabajos administrativos, del sector de ventas y de los trabajos manuales no cualificados y de nivel inferior. Los puestos de responsabilidad casi nunca son a tiempo parcial.

El número de horas trabajadas repercute en el nivel de exposición a los riesgos laborales. Sin embargo, al analizar los datos procedentes de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, Fagan y Burchell (2002) encontraron una serie de diferencias entre los trabajadores a tiempo completo y los trabajadores a tiempo parcial, a saber:

- Los trabajos a tiempo parcial ofrecen menos oportunidades de aprendizaje y conllevan menos responsabilidades de planificación. A las mujeres que trabajan a tiempo parcial apenas se les asignan responsabilidades.
- Los trabajadores a tiempo parcial suelen afirmar que sus capacidades no se aprovechan al máximo y que reciben menos formación que los trabajadores a tiempo completo. Las mujeres que trabajan a tiempo parcial afirman que son las que menos formación reciben (véase asimismo el apartado sobre contratos de trabajo).

Factores tales como la infrautilización de las capacidades pueden contribuir a la aparición de estrés. La falta de formación puede suponer que un trabajador no cuente con la formación necesaria para realizar su trabajo de forma adecuada o segura, y también puede constituir un obstáculo para sus perspectivas profesionales.

La jornada de trabajo se volverá a abordar en el apartado dedicado al equilibrio entre el trabajo y la vida privada.

Situación laboral

En contra de la opinión de muchos, el empleo por cuenta ajena, en contraposición con el empleo autónomo, sigue siendo la norma (82 %). Sin embargo, el crecimiento del trabajo temporal se ha traducido en una mayor incidencia del trabajo de duración determinada y la cesión de trabajadores por empresas de trabajo temporal (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a). A continuación se explican algunas diferencias de género relativas a la situación laboral (véanse asimismo los gráficos 5 y 6 del anexo 5).

Según las respuestas de los participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo:

- la mayoría de hombres y mujeres que trabajan tiene un contrato tipo de duración indefinida;
- la tasa de autoempleo es del 19 % entre los hombres y del 12 % entre las mujeres;
- las mujeres están ligeramente más expuestas a la inseguridad de los contratos de duración determinada;
- los trabajadores a tiempo parcial de ambos sexos tienen mayor probabilidad que los trabajadores a tiempo completo de encontrarse en la precaria situación de tener un contrato temporal;
- el 32 % de las mujeres activas y el 7 % de los hombres activos afirman trabajar a tiempo parcial;
- existen diferencias entre los Estados miembros.

Fuentes: Paoli y Merllié (2001); Fagan y Burchell (2002).

Existen diferencias entre países (véase el gráfico 5 del anexo 5). El mayor número de contratos temporales de todos los países de la UE corresponde a España y, con la excepción del Reino

Unido y Francia, más mujeres que hombres trabajan con un contrato temporal. En los contratos de trabajo temporal se incluyen los contratos de temporada, los contratos de las agencias de trabajo temporal y los contratos por obra y servicio. En Finlandia, los contratos temporales son característicos de los sectores en los que predominan las mujeres, como la asistencia sanitaria y social y la enseñanza (Sutela *et al.*, 2001). Naumanen (2002) demostró que en Finlandia las jóvenes con un título universitario tenían más probabilidades de tener un contrato temporal que los jóvenes.

También existen diferencias en cuanto a la edad (véase el gráfico 6 del anexo 5). Las principales diferencias en la situación laboral entre hombres y mujeres se deben a las mujeres que trabajan a tiempo parcial y a las mujeres de edades com-

prendidas entre los 25 y los 45 años que tienen un contrato de trabajo temporal. La mayoría de los hombres solo trabajará con contratos temporales al comienzo de su carrera profesional. Más del 90 % de los trabajadores de 25 años de edad o mayores tienen contratos fijos (principalmente a tiempo completo). Es más probable que las mujeres se encuentren en una posición laboral precaria a lo largo de su vida laboral: el porcentaje de mujeres mayores de 25 años con un contrato temporal supera al de hombres: el 15 % de las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 39 años, así como el 8 % de las mujeres de entre 40 y 45 años, tienen un contrato temporal (ya sea a tiempo parcial o a tiempo completo). Aproximadamente entre el 35 % y 40 % de las mujeres activas tienen un contrato fijo a tiempo parcial.

Recuadro 2

En comparación con los trabajos a tiempo completo, los trabajos a tiempo parcial:

- están peor remunerados, incluso a menudo en lo que respecta a los porcentajes por hora;
- están segregados en una gama más reducida de ocupaciones, sobre todo en el sector servicios;
- normalmente son más monótonos y ofrecen menos oportunidades de aprendizaje o de formación formal;
- no suelen requerir un ritmo de trabajo intenso.

En comparación con los trabajadores a tiempo completo, los trabajadores a tiempo parcial:

- están menos expuestos a los riesgos, ya que están protegidos al trabajar menos horas;
- están más satisfechos con las horas de trabajo y menos satisfechos con el salario, el acceso a la formación y las oportunidades de promoción.

Fuente: Fagan y Burchell (2002).

Las diferencias de género en cuanto a la duración y el tipo de contrato de trabajo se deben probablemente al crecimiento simultáneo del sector servicios, del número de contratos temporales y a la entrada de más mujeres en el mercado laboral en la pasada década. Asimismo, la mayor dedicación de la mujer al cuidado de los hijos generará entradas y salidas del mercado laboral más frecuentes que con respecto a los hombres, al tiempo que impulsará a dichas mujeres a buscar trabajos a tiempo parcial o contratos por obra y servicio.

Repercusiones para la seguridad y la salud en el trabajo

Los estudios realizados por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo han puesto de manifiesto la relación que existe entre las formas precarias de empleo y la salud (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a). Por ejemplo, Benach *et al.* (2002) estudiaron las repercusiones de los distintos tipos de empleo sobre la salud basándose en datos recopilados por

la encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Frente a los trabajadores fijos, el grupo de trabajadores temporales manifestó una mayor insatisfacción laboral. Los trabajadores con un contrato de duración determinada a tiempo completo notificaron mayores niveles de dolor muscular y cansancio, en comparación con los trabajadores con un contrato fijo a tiempo completo. Benach *et al.* utilizaron el género como una de las variables de control y llegaron a la conclusión de que la asociación que se establece entre el trabajo temporal y la insatisfacción seguía siendo la misma después de tener en cuenta variables individuales como el género.

A partir de los mismos datos se pueden extraer las siguientes conclusiones sobre las condiciones laborales de los trabajadores con contratos temporales (véase Goudswaard *et al.*, 2002; Goudswaard y Andries, 2002): las condiciones ergonómicas de los trabajadores temporales son peores que las de los trabajadores fijos, si bien estas diferencias pueden explicarse por sectores y por empleos. Tanto los trabajadores temporales como los trabajadores a tiempo parcial tienen menos seguridad laboral, menos control sobre su trabajo, menos acceso a formación, sus capacidades están menos desarrolladas y sus perspectivas profesionales son peores que las de los trabajadores fijos. Si tomamos el control sobre el trabajo como una forma de afrontar las elevadas exigencias del trabajo, es probable que los trabajadores temporales sufran más las consecuencias de una intensificación de las demandas, ya que tienen menos control sobre su trabajo.

Tal como se ha mencionado, los trabajadores a tiempo parcial también pueden tener menos acceso a la formación. En los contratos a tiempo parcial del sector servicios, puede que el trabajo se concentre en las horas punta y, por tanto, sea más intenso. El hecho de que haya más mujeres que hombres en empleos a tiempo parcial y sin un contrato fijo podría influir sobre las diferencias de género antes citadas. Sin embargo,

es necesario seguir analizando las cuestiones relativas a la situación laboral, el empleo y el género para poder extraer conclusiones sobre el origen de las diferencias mencionadas.

Diferencias de género en las tareas domésticas no remuneradas y en las tareas de asistencia

Al principio del informe, se presentó un modelo para mostrar que algunas de las principales diferencias de género en las condiciones de trabajo están relacionadas con un esquema más amplio de desigualdad de género en la sociedad. Un ejemplo importante es la doble carga de trabajo que recae sobre muchas mujeres (trabajo remunerado y sin remunerar), ya que son ellas las que más tareas domésticas y de cuidado realizan en el hogar (véase, por ejemplo, Fagan y Burchell, 2002). Entre las actividades no remuneradas se incluyen la cocina, las compras, las labores domésticas y el cuidado de los hijos y de familiares mayores.

De la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo se desprende que el 63 % de las mujeres que trabajan y el 12 % de los hombres que trabajan dedican una hora al día o más a las tareas domésticas. En general, el 41 % de las mujeres y el 24 % de los hombres afirman cuidar de los hijos y ocuparse de su educación durante una hora al día o más. Asimismo, el 6 % de las mujeres, frente al 2 % de los hombres, participa en el cuidado de familiares mayores o con discapacidad durante una hora al día o más (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2000c; Fagan y Burchell, 2002. Véase asimismo el cuadro 9 del anexo 6).

En los países candidatos, la doble carga de trabajo está más equilibrada entre los sexos, aunque sigue distando mucho de estar equitativamente distribuida (Paoli, 2002). Sin embargo, una consecuencia de la transición en algunos países candidatos, como Lituania, ha sido la eliminación de los centros de atención a la primera infancia en los lugares de trabajo (Gonäs, 2002).

Para disfrutar de una buena calidad de vida, es importante dedicar tiempo a realizar actividades distintas del trabajo y las tareas domésticas. Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, las mujeres dedican menos tiempo al ocio, al deporte y a actividades culturales, e incluso duermen menos que los hombres, sobre todo si tienen hijos, viven con su pareja y trabajan a tiempo completo. Por el contrario, las mujeres solteras y sin hijos suelen realizar más actividades educativas y de formación que los hombres (Fagan y Burchell, 2002. Véase asimismo el cuadro 10 del anexo 6).

Por lo general, las mujeres trabajadoras dedican más tiempo en total que los hombres a tareas remuneradas y no remuneradas, sobre todo si trabajan a tiempo completo. Aunque se ha registrado un aumento en el tiempo que los hombres dedican a las tareas domésticas y de cuidado, es obvio que la principal carga sigue recayendo sobre las mujeres. Retomaremos este aspecto más adelante, al examinar la cuestión del equilibrio entre el trabajo y la vida privada.

La repercusión de los cambios en el mundo del trabajo

Se están produciendo cambios en el mundo del trabajo como consecuencia de los avances tecnológicos, las cambiantes presiones sobre el merca-

do, la globalización, las políticas económicas, etc. Entre dichos cambios cabe mencionar los siguientes: mayor flexibilidad de los contratos; crecimiento de las PYME; organizaciones más sencillas con estructuras de gestión descentralizadas; mayor uso de las subcontratas; nuevas formas de organización del trabajo; organizaciones en red; límites menos estables y más difusos entre empresas; relaciones más individualizadas entre empresas; y límites menos claros entre vida laboral y vida privada (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2002f; Goudswaard *et al.*, 2002; véase asimismo Castells, 1996; Ekstedt, 1999; Sennet, 1998). La rapidez con la que se producen los cambios y la complejidad de la organización del trabajo también plantean dificultades para la gestión eficaz de la seguridad y la salud laborales. Por ejemplo, debido a la creciente interdependencia de las empresas, la cooperación en cuestiones relativas a la salud laboral es fundamental. En varios informes se ha llegado a la conclusión de que es necesario estudiar el impacto de los cambios que están teniendo lugar en el mundo laboral sobre la salud y la seguridad en el trabajo, por ejemplo: Cooper (1998); Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002f); Goudswaard *et al.* (2002). En este contexto, se debería prestar más atención a la dimensión de género (Goudswaard *et al.*, 2002).

Recuadro 3. Centros de atención telefónica: un nuevo ámbito de trabajo

Los centros de atención telefónica están cada vez más presentes en Irlanda y en otros países de la UE. Se calcula que más de un millón de europeos trabajará en estos centros a finales de 2003. El objetivo de los empresarios de los centros de atención telefónica es mejorar la eficacia del servicio y su rentabilidad. La mayor parte de los empleados de dichos centros son mujeres. Se registra una elevada insatisfacción laboral en dichos centros, que se traduce en una alta tasa de rotación del personal. La falta de perspectivas profesionales, la naturaleza repetitiva del trabajo, unas pautas muy definidas, un trabajo muy exigente física y psíquicamente, clientes difíciles y el hecho de «en-

contrarse en una situación en la que no se pueden adoptar decisiones» son algunas de las quejas más comunes de los trabajadores. Esto se traduce en frustración, agotamiento emocional y desilusión. Asimismo, el estrés y la falta de compromiso son comunes (McCarthy y Scannell 2002).

Aunque los factores de riesgo psicosocial son comunes en todos los centros de asistencia telefónica, a la hora de crear uno de estos centros es necesario adoptar un enfoque holístico preventivo. Entre las medidas de prevención se incluyen el diseño del entorno de trabajo y los recursos laborales, garantizando una rotación adecuada y la variedad de funciones (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002b).

Intensificación del trabajo

Los resultados de las encuestas europeas sobre las condiciones de trabajo reflejan una intensificación del trabajo en todos los países de la Unión Europea y en todos los sectores industriales, así como una mayor celeridad a la hora de realizarlo. Esta situación podría explicarse debido a los cambios en las empresas y la organización del trabajo, incluidas las presiones sobre el mercado (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a). Si examinamos las diferencias de género en la Tercera Encuesta europea, observamos que existe mayor probabilidad de que el ritmo de trabajo de las mujeres venga impuesto por las exigencias de las personas, mientras que el ritmo de los hombres viene determinado por los objetivos de producción. No se ha encontrado diferencia de género alguna por lo que respecta a la obligación de trabajar a un ritmo rápido o al tiempo del que disponían los encuestados para realizar su trabajo (Fagan y Burchell, 2002). Estos resultados son acordes con los de otros estudios, por ejemplo los de Vinke y Wevers (1999) y Goudswaard *et al.* (1999). El trabajo intenso está directamente relacionado con el estrés y los trastornos musculoesqueléticos (Buckle y Devereux, 1999; Cox *et al.*, 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a). Es probable que también exista un vínculo entre el hostigamiento en el lugar de trabajo y las presiones de tiempo en el entorno laboral.

El mercado y el cliente como fuerzas motrices del trabajo: flexibilidad en la empresa

Las empresas intentan satisfacer en mayor medida las exigencias de sus clientes y se están esforzando por ser más flexibles para hacer frente a los cambios del mercado. Esto, junto con el mayor uso de las tecnologías de la información, ha influido en los trabajos y en las condiciones laborales.

Vickery y Wurzburg (1996) afirman que un 25 % de las empresas se pueden catalogar como «flexibles». Oeij y Wiezer (2002) calculan que la prevalencia de nuevas formas de organización del trabajo se sitúa entre el 10 % y el 25 %.

Se han descrito dos tipos de organizaciones «flexibles». Primero, hay organizaciones con una dirección descentralizada y un nivel bajo de autonomía operativa, son las llamadas «organizaciones “redimensionadas”». Este primer tipo se caracteriza por unas condiciones de trabajo estresantes debido a una combinación de elevadas exigencias laborales, escasa autonomía y pocas oportunidades de aprender en el trabajo. En segundo lugar, existen empresas con una gestión descentralizada pero con un nivel relativamente alto de autonomía operativa, por ejemplo mediante el recurso a grupos autónomos. La existencia de mayor autonomía, la demanda de más capacidades y la posibilidad de desarrollarlas implican un tipo de organizaciones que se caracteriza por unas condiciones de trabajo menos estresantes. Por tanto, no todas las «nuevas formas de organización del trabajo» contribuyen a mejorar las condiciones de trabajo (Daubas-Letourneux y Thébaud-Mony, 2002; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a).

Oeij y Wiezer (2002) observaron sentimientos de inseguridad en el trabajo debidos a los cambios en la estructura y la estrategia de la empresa, amenazas para la salud y el bienestar como consecuencia de riesgos psicosociales y físicos, asociados al aumento de la competitividad y productividad laborales, una presión constante sobre el desarrollo de la competencia y posibles problemas a la hora de compaginar la vida laboral con la privada. En su opinión, las mujeres experimentarán más inseguridad laboral que los hombres por el hecho de que trabajan más con contratos no temporales que los hombres. No obstante, no existen pruebas de esta relación, por lo que es necesario seguir estudiando esta cuestión.

El cambio organizativo brinda una oportunidad potencial de abordar cuestiones como la segregación de género y las desigualdades en las condiciones de trabajo, así como la participación directa de los trabajadores en el proceso de cambio, siendo dicha participación una parte importante de dicho proceso. No parece que este sea el caso. Según Webster y Schnabel (1999), la participación directa no se traduce en un mayor interés por estos ámbitos, aunque los cambios organizativos podrían llevar a introducir el trabajo en equipos mixtos o la polivalencia de hombres y mujeres. Es necesario seguir investigando los mecanismos que podrían emplearse para reducir la segregación de géneros y la desigualdad en las condiciones de trabajo durante los cambios organizativos.

Diferencias de género en los salarios

Los hombres ganan más que las mujeres, incluso una vez adaptadas las cifras al número de horas trabajadas. Aunque se ha reducido el grado de desigualdad salarial entre los trabajadores en la UE, las mujeres siguen siendo mayoritarias en los niveles de retribución baja y en los de retribución baja/media, y están infrarrepresentadas en las categorías de ingresos elevados. Estas diferencias salariales son menores en los países candidatos (Paoli, 2002).

Segregación de género por tipo de trabajo

Es especialmente importante examinar con detenimiento dónde trabajan mujeres y hombres, ya que los riesgos y las condiciones de trabajo suelen ser distintos dependiendo del trabajo y de las tareas ejercidas, lo que se traduce a su vez en diferentes consecuencias para la salud. En este apartado se ofrece una visión general de la segregación de géneros en el trabajo. En la siguiente parte del informe se analizarán en detalle las diferencias de género en relación con la exposición a diversos riesgos y sus consecuencias para la salud. A este respecto, conviene señalar

que la cuestión de la segregación de género desempeña un papel importante en dicho análisis.

Por «segregación de género» se entiende la infrarrepresentación de las mujeres en algunos trabajos y su sobrerrepresentación en otros, en relación con el porcentaje total de empleo. La segregación horizontal se refiere al hecho de que mujeres y hombres trabajan en sectores distintos, y la segregación vertical se refiere al hecho de que, incluso en una misma profesión, mujeres y hombres ocupan posiciones distintas en la jerarquía. También puede haber segregación en un mismo trabajo, donde hombres y mujeres pueden realizar tareas distintas. Los datos estadísticos y las encuestas muestran que existe un alto índice de segregación de género en la estructura de empleo de la UE, incluso en países con altas tasas de empleo femenino.

Recuadro 4

Segregación de género horizontal

Las mujeres están sobrerrepresentadas en:

- un número limitado de profesiones y sectores industriales;
- el sector público;
- pequeñas empresas del sector privado.

Segregación de género vertical

Las mujeres están infrarrepresentadas en:

- trabajos de mayor estatus y mejor pagados;
- altos cargos de dirección, altos puestos de la administración y en muchas ocupaciones profesionales;
- puestos más cualificados en una empresa.

Segregación horizontal

A continuación se ofrece un resumen y ejemplos de ámbitos de segregación laboral en la UE tomando como base los datos de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c) y de Fagan y Burchell (2002) (véanse asimismo el gráfico 7 y los cuadros 1, 2 y 3 del anexo 5):

- Hay una gran concentración de mujeres en el sector público.
- En el caso del sector privado, las mujeres suelen trabajar en pequeñas y medianas empresas.
- Los sectores de ocupación donde predominan las mujeres son: servicios domésticos, sanidad, educación y otras actividades de asistencia, ventas, hoteles y servicios de comidas.
- Los sectores de ocupación donde predominan los hombres son: la construcción, la industria manufacturera, el transporte, la agricultura y los servicios financieros.
- Solo un reducido porcentaje de los puestos de trabajo puede considerarse «mixto».
- En relación con su cuota de participación global en el mercado de trabajo, las mujeres están desproporcionadamente representadas en los servicios de asistencia, enfermería y otras actividades del sector servicios.
- En relación con su cuota de participación global en el mercado de trabajo, los hombres están desproporcionadamente representados en trabajos de gestión, técnicos y manuales asociados con el uso de máquinas o productos físicos que se consideran «pesados» o «complejos».
- Los hombres ocupan el 80 % de los trabajos en el ejército, la artesanía y otras actividades relacionadas, y en trabajos industriales o como operarios de máquinas.
- En los sectores manufacturero y artesano, la presencia de las mujeres es reducida. Solo en los sectores de la alimentación, el textil, la artesanía y como operarias de máquinas y montadoras, su presencia representa aproximadamente el 30 %.
- Los hombres desempeñan más de dos tercios de los trabajos cualificados en la agricultura y la pesca.
- Dos tercios de las mujeres desempeñan trabajos de oficina, servicios y comercio.
- Los hombres predominan en las profesiones de ingeniería, y las mujeres, en la sanidad y la educación.
- En las profesiones menos cualificadas, la proporción de mujeres es desproporcional en el sector de la limpieza y la agricultura, y la de los hombres, en general, en trabajos manuales.
- Aunque existen diferencias por países, el esquema general de la segregación laboral para la Europa de los Quince se refleja en buena medida a escala nacional.
- La segregación de género es menos frecuente en los países candidatos (datos adicionales de una encuesta de los doce países candidatos, Paoli, 2002).

Así pues, se puede concluir que las profesiones tradicionalmente femeninas son: administrativas o secretarías; maestras; vendedoras; cocineras; auxiliares de *catering* y camareras; enfermeras y auxiliares de clínica; operarias de máquinas para textiles, para procesamiento de alimentos; pequeños trabajos de montaje; trabajos de peluquería y esteticistas; asistentes de limpieza, y tareas domésticas. Aunque las mujeres están menos presentes en el sector de la industria manufacturera, en los ámbitos en los que predominan —como el textil o el procesamiento de alimentos— puede afirmarse que estos ámbitos de producción y manufactura no se consideran tan importantes como la mayoría de los sectores dominados por los hombres, como la fabricación de coches. Asimismo, en el sector del procesamiento de alimentos, por ejemplo, las mujeres pueden trabajar en la cadena de producción, mientras que los hombres pueden hacerlo en almacenes o conduciendo máquinas elevadoras.

Segregación vertical

Aunque, en todo el territorio de la UE, la representación femenina ha aumentado en los puestos directivos, los hombres siguen dominando los peldaños superiores de la jerarquía. Por ejemplo:

- El 63 % de la población activa tiene a un hombre como supervisor inmediato y el 21 % tiene a una mujer.

- Los hombres ocupan más del 60 % de los cargos legislativos o directivos.
- Más del 70 % de los directores de empresas y altos funcionarios de la administración son hombres.
- Dos tercios de los trabajadores autónomos son hombres, y esta proporción aumenta cuando se trata de autónomos con trabajadores a su cargo.

Fuentes: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c); Fagan y Burchell (2002).

Aunque la segregación vertical sigue siendo elevada en los países candidatos, hay más probabilidades de que las mujeres ocupen puestos directivos en estos países que en la UE (Paoli, 2002).

La segregación vertical significa que, por ejemplo, aunque las mujeres predominen entre el personal de enfermería, los hombres están sobrerrepresentados en los puestos directivos de este sector. Del mismo modo, en las industrias textil y de procesamiento de alimentos, las mujeres suelen ser más numerosas en los rutinarios trabajos de producción en cadena, mientras que los hombres suelen ocupar puestos de supervisión, gestión y de carácter técnico.

Segregación por tareas

La segregación por tareas se refiere al hecho de que hombres y mujeres ocupan el mismo puesto de trabajo pero desempeñan tareas distintas: los hombres y mujeres no solo trabajan en sectores distintos, o realizan trabajos distintos dentro del mismo sector o lugar de trabajo, sino que existen pruebas de que incluso cuando ocupan el mismo puesto de trabajo en el mismo lugar de trabajo, mujeres y hombres pueden realizar a menudo tareas distintas.

Por ejemplo, según varios investigadores de Cinbiose (Universidad de Québec) esta práctica está

muy extendida. Uno de los casos que puede servir de ejemplo es el del personal de limpieza de hospitales, donde las mujeres llevaban a cabo las tareas «ligeras» y los hombres realizaban las tareas «pesadas». Al examinar estas tareas con más detenimiento, se demostró que las tareas «ligeras» no lo eran tanto. Las mujeres realizaban una amplia variedad de tareas y sus posturas eran más variables. La carga de trabajo era grande, exigía posturas forzadas, movimientos repetitivos, un ritmo constante de trabajo y dejaba muy poco tiempo para descansar. Tenían que trabajar en posturas estáticas y también eran frecuentes las posiciones en las que tenían que doblarse o estirarse. Por ejemplo, las mujeres tenían que cargar muchos contenedores vacíos en poco tiempo y quitar bolsas que podían pesar más de 10 kg. Por el contrario, muchas de las tareas asignadas a los hombres —como barrer—, exigían posiciones menos difíciles y menos extenuantes. En otro caso relacionado con jardineros, demostraron que las mujeres participaban más en la plantación y el escardado, y que los hombres hacían más actividades de poda, lo que podría implicar diferentes grados de exposición a los pesticidas (Messing, 1998, 1999).

En otras palabras, a los hombres se les pueden asignar tareas donde los riesgos son más visibles, mientras que las tareas femeninas son más repetitivas y posiblemente requieran más posturas forzadas (Messing *et al.*, 1994, 1998a).

Conclusión

Hemos visto cómo las condiciones de trabajo de las mujeres pueden diferir de las de los hombres de varias formas: dependiendo del tipo de trabajo, de contrato y de responsabilidades domésticas. Estas condiciones divergentes afectan a la salud y la seguridad en el trabajo. En el siguiente capítulo se analizarán sus repercusiones, lo que incluye un examen de las diferencias de género en relación con la exposición a distintos riesgos laborales y sus consecuencias para la salud.

3.



DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EXPOSICIÓN Y EN LAS CONSECUENCIAS PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORALES

Introducción

Las estadísticas europeas y las encuestas indican lo siguiente:

- El dolor de espalda, el estrés, las molestias musculares en cuello y hombros así como el cansancio general son los problemas de salud más comunes en la Unión Europea (UE) relacionados con el trabajo.
- Los hombres tienen más probabilidades de sufrir accidentes laborales (que representen cuatro o más días de ausencia) que las mujeres.

- Las mujeres tienen más probabilidades de padecer problemas de salud relacionados con el trabajo que los hombres.
- Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir trastornos de las extremidades superiores, estrés laboral, enfermedades infecciosas y problemas de piel.
- Los hombres tienen más probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, problemas auditivos, respiratorios y de pulmón.
- Las mujeres están más expuestas a la intimidación en el lugar de trabajo.
- Muchas condiciones de trabajo están más estrechamente relacionadas con la posición laboral en la jerarquía o sector profesionales que el género por sí mismo.

Fuentes: Dupré (2002); Fagan y Burchell (2002); Paoli y Merllié (2001). Véanse los anexos 6 y 7.

En el presente capítulo se examinan estas diferencias de género en relación con la exposición a los distintos riesgos laborales y con las consecuencias para la salud, qué significan y el motivo por el que se observan tales diferencias. Asimismo se analizan los riesgos y las consecuencias para la salud en determinados sectores, como la agricultura, y para algunos grupos concretos, como el de las mujeres de más edad, y también se examina la situación fuera de Europa. Además, se evalúa la medida en que las diferencias de género en la exposición y en las consecuencias para la salud están relacionadas con las diferencias de género en las condiciones de empleo, que se describen en el capítulo anterior.

Accidentes

Puntos fundamentales

- Los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de sufrir accidentes laborales graves o mortales. Su tasa de lesiones graves es casi tres veces mayor. Si se adapta, por ejemplo, a las horas trabajadas, sigue siendo todavía aproximadamente dos veces mayor. La diferencia entre la tasa de accidentes que

sufren hombres y mujeres se reduce cuando se incluyen los accidentes menos graves, pero la tasa de accidentes entre los hombres sigue siendo 1,33 veces mayor.

- La tasa de accidentes relacionados con el trabajo se está reduciendo más rápidamente en el caso de los hombres que en el de las mujeres.
- Las tasas de accidentes de mujeres y hombres son distintas, al igual que los tipos de accidentes. Estas diferencias están estrechamente relacionadas con el tipo de trabajo y la segregación por tareas.
- La tasa de accidentes entre las mujeres es mayor en trabajos de ritmo rápido y muy exigentes; por tanto, el cansancio y el agotamiento pueden contribuir a incrementarla.
- La utilización de equipos de trabajo, máquinas y herramientas diseñados para hombres puede contribuir a aumentar el riesgo de accidentes en mujeres.
- Los datos estadísticos sobre accidentes deberían tener en cuenta el número de horas trabajadas. Asimismo, convendría desglosar los datos según las tareas reales ejercidas por los trabajadores. También se deberían investigar opciones prácticas para mejorar los datos estadísticos por género relativos a la seguridad y la salud laborales.
- Sería útil tener más información sobre los tipos de accidentes sufridos por hombres y mujeres y una visión más detallada de la situación en cada Estado miembro.
- Es necesario adoptar medidas adicionales para evitar todos los accidentes, tanto graves como leves, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo existen medidas simples de control.

Los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de sufrir accidentes graves en el trabajo (por ejemplo, un accidente que tenga como consecuencia una baja laboral de cuatro días o más). Según las cifras relativas a los accidentes oficialmente notificados en los Estados miembros recopiladas por Eurostat en 1998, los hombres tenían una probabilidad casi tres veces mayor que las

mujeres de sufrir accidentes laborales. Estas cifras no tienen en cuenta el número de horas trabajadas. Tras adaptar los equivalentes de empleo a tiempo completo y estandarizar las diferencias en las horas trabajadas, disminuye la diferencia en las tasas de accidentes entre hombres y mujeres; aun así, el porcentaje en la UE sigue situándose por encima del 2 % (2,2 veces). Estas cifras adaptadas varían desde las 2,5 veces más de probabilidad que tienen los belgas, franceses, austríacos y portugueses de sufrir accidentes hasta las 1,5 que tienen los británicos y los suecos (Dupré, 2002. Véase asimismo el anexo 7).

La Encuesta de población activa de la UE de 1999 incluyó asimismo los accidentes menos graves (que implican una baja laboral de menos de cuatro días o ninguno). Según las respuestas de los participantes, y después de realizar las adaptaciones antes descritas, los hombres seguían teniendo una probabilidad 1,33 veces mayor que las mujeres de sufrir accidentes laborales. Por otro lado, según los resultados de la encuesta, y de nuevo después de realizar las adaptaciones pertinentes, en 1999 las mujeres en la UE tenían una probabilidad 1,5 veces mayor que los hombres de sufrir problemas de salud relacionados con el trabajo distintos de los accidentes (Dupré, 2002. Véase asimismo el anexo 7).

En la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 9 % de los hombres y el 6 % de las mujeres afirmaron haberse ausentado del trabajo en los últimos 12 meses como consecuencia de un accidente laboral. En la misma encuesta se llegó a la conclusión de que las mujeres estaban menos expuestas a los riesgos físicos y materiales que los hombres. Sin embargo, la exposición es más alta en el caso de los hombres que desempeñan trabajos manuales, seguida por las mujeres en el mismo tipo de trabajo. En el caso de los trabajos no manuales, la diferencia es insignificante, aunque sigue siendo ligeramente superior en los hombres. En contraste con las bajas laborales por accidente,

el 10 % de hombres y mujeres activos faltó al trabajo por problemas de salud que atribuyeron a las condiciones laborales. Tanto hombres como mujeres que trabajan a tiempo parcial tenían menos probabilidades de faltar al trabajo por accidentes o de sufrir problemas de salud relacionados con el trabajo, lo que demuestra el

efecto de la exposición (Fagan y Burchell, 2002. Véase asimismo el cuadro 7 del anexo 6).

Las cifras adaptadas de Eurostat confirman que tanto el sector como el tipo de trabajo realizado influyen en las diferencias de género. Hay mayor probabilidad de que los hombres trabajen en sec-

Recuadro 5. Causas de accidentes en los sectores de la hostelería y la restauración

Las mujeres están más presentes que los hombres en comercios, hoteles y en el sector de la restaura-

ción. En hoteles y restaurantes, la tasa de accidentes es similar para hombres y mujeres. Un análisis de las causas de los accidentes que se produjeron en Gran Bretaña en el sector de la restauración, que incluye hoteles y restaurantes, demostró lo siguiente, por frecuencia de incidencia:

Resbalones y tropiezos	30,0 % de accidentes notificados (75,0 % de accidentes graves)
Manipulación	29,0 %
Exposición a sustancias peligrosas, superficies calientes, vapor	16,0 %
Golpes por caída o movimiento de objetos, incluidas herramientas manuales	10,0 %
Tropiezos con objetos (principalmente fijos)	4,0 %
Máquinas, por ejemplo las utilizadas para cortar o mezclar comida	3,0 %
Caídas	1,8 %
Fuego y explosiones	1,6 %
Descarga eléctrica	0,5 %
Transporte, por ejemplo, máquinas elevadoras	0,3 %

Fuente: Health and Safety Executive (1997), *Priorities for health and safety in catering activities*.

Resbalones, tropiezos y caídas en el sector de la enseñanza

La siguiente tabla, que recoge datos sobre la situación en Gran Bretaña, muestra que los resbalones y tropiezos constituyen una fuente importante de accidentes en el sector de la enseñanza. La mayoría de

los accidentes implican torceduras y contusiones, pero también roturas de huesos y golpes en la cabeza. Algunos accidentes pueden ser mortales como consecuencia de complicaciones. No siempre han sido objeto de especial atención, en parte porque se piensa que son inevitables, a pesar de que existen medidas de prevención sencillas.

Accidentes debidos a resbalones y tropiezos en el sector de la enseñanza

Accidentes notificados a la autoridad británica en materia de SST 2001/02 (provisional)	Número total de accidentes notificados	Accidentes de empleados debidos a resbalones y caídas	% del total de accidentes debidos a resbalones y caídas
Educación primaria y secundaria	3 700	1 399	38
Educación superior y de postgrado	1 793	643	36

Formas para controlar los riesgos de resbalones y tropiezos

- Prevención de los riesgos de resbalones y tropiezos en la fase de planificación mediante la colocación de un suelo antideslizante.
- Limpieza inmediata de líquidos derramados, secando el suelo después de limpiarlo.
- Elaboración de una política razonable sobre el calzado para todo el personal y los estudiantes.

- Iluminación adecuada. La falta de iluminación o la luz deslumbrante pueden ocultar los peligros de resbalones y tropiezos.
- Información y formación: las medidas de control que conlleven cambios en las prácticas de trabajo pueden ser tan eficaces como las medidas de control físico.

Fuente: Health and Safety Executive (2003a, 2003b)

tores de alto riesgo —como la construcción y el transporte—, mientras que el riesgo de accidentes es menor en oficinas y comercios, donde trabaja un número desproporcionado de mujeres. No obstante, si se examinan los porcentajes de hombres y mujeres por sectores, la diferencia es mucho mayor en la construcción y en la industria energética y del agua, donde existe una fuerte segregación de hombres y mujeres en diferentes sectores de ocupación; por ejemplo, en el sector de la construcción, donde los hombres trabajan en las obras y las mujeres en las oficinas. No obstante, en el sector de la hostelería, donde se puede suponer que hombres y mujeres realizan tareas más similares, la tasa de accidentes entre los hombres es marginalmente más elevada. En el sector financiero y empresarial, los hombres tenían una probabilidad 1,5 veces mayor de sufrir accidentes; no obstante, en este sector se incluyen actividades en las que predominan los hombres, como el personal de seguridad.

Por ejemplo, en Suecia, entre las mujeres, los principales riesgos de accidentes laborales graves se encuentran en la industria aserradora, el transporte público, el servicio de autobuses de línea y la industria de envasado. En todas estas industrias, los riesgos de sufrir accidentes laborales se sitúan entre dos y tres veces por encima de la media (Broberg, 2001).

La segregación laboral también influye en los tipos de accidentes relacionados con el trabajo y sus causas. Por ejemplo, un estudio sueco sobre resbalones y caídas llegó a la conclusión de que la probabilidad de que las mujeres se caigan de andamios es muy reducida, pero que las caídas de mujeres se producirán principalmente al intentar evitar la caída de un paciente, alumno o cliente (Kemmlert y Lundholm, 2001). Grönkvist y Lagerlöf (1999) citan un ejemplo del sector de la alimentación en el que los accidentes que sufren las mujeres están más relacionados con el manejo de máquinas, mientras que los hombres suelen sufrir accidentes causados por herramientas afiladas,

como cuchillos, y por el contacto con animales, lo que refleja las diferentes tareas realizadas.

Sería útil que los Estados miembros proporcionaran no solo información sobre el número relativo de accidentes por género, sino también sobre los distintos tipos de accidentes, incluidos los accidentes mortales y los que implican una baja laboral de cuatro días, así como los accidentes menos graves. Si esta información pudiera proporcionarse asimismo por sector o tipo de trabajo, sería mucho más útil.

Según los datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, la tasa de accidentes laborales en mujeres es mayor cuando el ritmo de trabajo es intenso o el trabajo es muy exigente, como trabajar con plazos ajustados (Paoli y Merllié, 2001). A esto pueden contribuir el estrés, el cansancio y el agotamiento. Por el contrario, en el caso de los hombres, su ritmo de trabajo viene determinado por los productos o la maquinaria, mientras que el de las mujeres, por los clientes o los usuarios de servicios (Fagan y Burchell, 2002).

Las mujeres están ligeramente más expuestas que los hombres a la inseguridad de los contratos temporales. Existen pruebas de que los trabajadores sin contratos fijos sufren más accidentes que los trabajadores con contrato fijo (Notkola y Vänskä, 1999; véase asimismo Goudswaard y Andries, 2002). El aumento del riesgo podría deberse a la distinta naturaleza del trabajo, al menor grado de formación y a la falta de conocimientos del lugar de trabajo o de las tareas en cuestión. No obstante, es más probable que los hombres trabajen como autónomos, y el porcentaje de accidentes laborales es mayor en el grupo de trabajadores autónomos.

Según los datos de Eurostat, el porcentaje total de accidentes laborales en la UE está decayendo, y esta reducción es más pronunciada entre los hombres que entre las mujeres. Se han propuesto varias explicaciones: un gran giro de la tendencia

de los hombres a trabajar en empleos manuales tradicionales de alto riesgo; mejoras más significativas en la seguridad de los lugares de trabajo donde predominan los hombres; o prácticas laborales más seguras adoptadas por los propios hombres, ya que es más probable que los esfuerzos por reducir el número de accidentes, entre otras cosas, se dirijan a sus propios trabajos y lugares de trabajo (Dupré, 2002. Véase el anexo 7). Es necesario redoblar los esfuerzos para evitar el riesgo de accidentes en los hombres, pero también debería prestarse más atención al riesgo de accidentes en las mujeres, y, en este sentido, hay ejemplos de campañas destinadas a reducir el número de los accidentes en sectores en los que predominan las mujeres (véase el recuadro 6).

La utilización de equipos de trabajo, máquinas y herramientas diseñadas para hombres puede contribuir a la tasa de accidentes en las mujeres. Messing (1998) cita como ejemplo la poda de árboles, una actividad que no puede asignarse a mujeres porque el cinturón del dispositivo que sujeta a los podadores en el aire es demasiado grande para la mayoría de ellas y podrían colarse a través del mismo. Un campo de estudio que ha comparado los porcentajes de accidentes entre mujeres y hombres cuando deben realizar tareas en las mismas condiciones ha sido el entrenamiento en el ejército británico. Estos requisitos de entrenamiento idénticos fueron introducidos para cumplir la legislación en materia de igualdad

de oportunidades. De acuerdo con los informes estadísticos médicos militares, las mujeres en el ejército tienen más riesgo de sufrir accidentes y trastornos musculoesqueléticos (Bergman y Miller, 2001; Strowbridge, 2002; véase asimismo Geary *et al.*, 2002). Probablemente, los métodos de entrenamiento y el equipo utilizados fueron diseñados para los hombres. Según Strowbridge (2002), «estos resultados podrían constituir la base de una intervención destinada a reducir la desigualdad sin debilitar las normas generales de entrenamiento». Strowbridge afirma asimismo que el porcentaje de mujeres reclutadas que notifican accidentes podría ser mayor que el de sus compañeros varones.

Los hombres también sufren accidentes como consecuencia de la falta de adecuación entre los requisitos del trabajo y la persona. Si los hombres deben realizar más tareas de levantamiento de pesos pesados porque se considera que están en mejor forma física que las mujeres, acabarán sufriendo más accidentes derivados de este levantamiento de pesos. Por tanto, el mejor enfoque que se puede adoptar consiste en eliminar los procesos de riesgo en la medida de lo posible y hacer que el trabajo sea más seguro y accesible a un mayor número de personas.

La principal conclusión que se puede extraer es que los hombres sufren más accidentes relacionados con el trabajo, mientras que las mujeres

Recuadro 6

Medidas de seguridad

Una autoridad nacional en materia de salud y seguridad en el trabajo (SST) lanzó una campaña en el sector de la alimentación y las bebidas en la que se establecieron objetivos básicos nacionales para reducir los accidentes. Esta campaña obtuvo el respaldo de las asociaciones de comerciantes y sindicatos, que prestaron su apoyo y su experiencia, y se elaboró asimismo una estrategia para las inspecciones de trabajo. La campaña se dirigía a las empresas que registraban un elevado porcentaje de accidentes y que necesitaban mejorar la seguridad y la salud labora-

les. Las cuestiones abordadas en la campaña incluyen el trabajo manual, los resbalones y tropezos y los accidentes con máquinas.

Prevención de las lesiones por aguja de los operarios de máquinas de coser

Una empresa textil colaboró con un sindicato para encontrar la forma de evitar que los operarios se atrapan los dedos con la aguja de la máquina al coser. La solución fue diseñar un capuchón para la aguja, que sirvió de base para la elaboración de una nueva norma de seguridad CEN para máquinas de coser.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2001a).

Recuadro 7. ¿Existen diferencias de género en los ratios de accidentes?

Según los datos de Eurostat y de la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, los hombres tienen más accidentes laborales que las mujeres, aun cuando el porcentaje se ajusta a fin de tener en cuenta las diferencias relativas a las horas trabajadas. En Gran Bretaña, la encuesta nacional de población activa incluye algunas preguntas sobre seguridad y salud laborales para completar la información relativa al porcentaje oficial de accidentes laborales. La Health and Safety Executive (Junta de Salud y Seguridad) analizó en varias ocasiones los datos relativos a los accidentes laborales que recogía la encuesta sobre varias cuestiones, incluido el género (Health and Safety Executive, 2000).

Según se desprende de la encuesta, el porcentaje global de accidentes laborales es un 75 % superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Sin embargo, si tenemos en cuenta el efecto del trabajo, las horas laborables y otras características, este porcentaje baja considerablemente hasta situar la diferencia en un 20 %. Gran parte de esta diferencia se debe a las características del trabajo; no obstante, el riesgo relativo para los hombres sigue sien-

do un 20 % superior, y este porcentaje no puede explicarse con claridad recurriendo a dichas características. En cuanto a la edad, la Health and Safety Executive informó de que los hombres de entre 16 y 20 años de edad presentan un riesgo considerablemente mayor de sufrir accidentes laborales que los trabajadores de más edad. En el caso de las mujeres, no existen importantes variaciones entre los grupos de edad. Sin embargo, el reducido tamaño de la muestra de mujeres que notifican accidentes no permitió comprobar si existían importantes diferencias desde el punto de vista estadístico en relación con los riesgos por grupo de edad.

¿Son las mujeres más seguras que los hombres a la hora de trabajar? Es difícil simplificar tanto la cuestión. Otra pregunta que cabe plantearse es si los hombres y mujeres contratados en el mismo trabajo realizan las mismas tareas. Messing (1998) demostró que las mujeres y los hombres, incluso en los mismos trabajos, no están expuestos necesariamente a los mismos riesgos para la salud. Por tanto, llegó a la conclusión de que entre hombres y mujeres no solo existen diferencias biológicas, sino que también tienen distintos grados de antigüedad laboral, distinta edad media, diferentes tareas y técnicas de trabajo y vidas privadas distintas.

padecen más enfermedades profesionales. En los ámbitos de la investigación y la política, así como en las inspecciones de trabajo y otras actividades, se suele conceder prioridad a los sectores de «alto riesgo», lo que implica que se destinarán más recursos en materia de seguridad y salud en el trabajo a sectores que afectan a los hombres y menos a los que afectan a las mujeres. Como mínimo, a la hora de fijar prioridades, se debería tener en cuenta el número total de trabajadores que se beneficiarán de estas medidas y los índices de accidentes; por ejemplo, el gran número de trabajadores del sector de la hostelería o la gran cantidad de empleados de oficina en comparación con el sector pesquero. Esto no quiere decir que no se deba prestar atención al elevado riesgo existente en el sector pesquero, pero además, las mejoras introducidas en un sector de menor riesgo y con un alto índice de empleo acabarían redundando en beneficio de la seguridad y la salud de numerosos trabajadores.

Tal como se ha descrito anteriormente, se aprecia un déficit de información. Asimismo, queda claro que, aunque en todos los Estados miembros los hombres sufren más accidentes que las mujeres, la visión general del porcentaje de accidentes no es uniforme. Por ejemplo, según los datos de Eurostat, el porcentaje de accidentes graves entre las mujeres aumentó en España entre 1994 y 1998, quizá porque ahora más mujeres trabajan en sectores de alto riesgo, o porque las normas de seguridad son ahora menos estrictas (Grönkvist y Lagerlöf, 1999). Este porcentaje también aumentó en Bélgica, Luxemburgo y Suecia, mientras que se redujo en los demás Estados miembros. Resultaría útil disponer de más información sobre las diferencias en cuanto a los ratios comparativos de accidentes de hombres y mujeres entre Estados miembros, incluidas las diferencias de género en relación con el tipo de accidente o el tipo de trabajo en el que se producen los accidentes. Asimismo, los Estados

miembros deberían realizar un análisis más detallado por géneros de los accidentes y enfermedades, recopilar información adicional mediante encuestas de población activa y llevar a cabo estudios individuales en aquellos ámbitos en los que se ha observado un déficit de información.

Convendría disponer de información más detallada sobre los tipos de accidentes sufridos en función del género, tanto si son graves como leves. Asimismo, sería preferible desglosar los datos estadísticos según las horas trabajadas y según las tareas reales ejercidas por los trabajadores, y se deberían investigar los instrumentos prácticos que permitan mejorar los datos estadísticos por género relativos a la seguridad y la salud laborales.

Trastornos musculoesqueléticos

Puntos fundamentales

- Por lo general, los trastornos musculoesqueléticos (TME) constituyen un problema grave y cada vez mayor, ya que se trata de la dolencia más notificada entre mujeres y hombres en Europa.
- Mujeres y hombres señalan niveles similares de trastornos musculoesqueléticos. No obstante, las mujeres sufren más dolencias de las extremidades superiores.
- Los trastornos musculoesqueléticos están relacionados con la exposición a unas malas condiciones ergonómicas tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres suelen trabajar en condiciones asociadas a este tipo de trastornos: trabajos que exigen posturas forzadas, tareas monótonas y repetitivas, métodos de trabajo inadecuados, organización del trabajo inadecuada y, más a menudo de lo que se piensa, levantamiento de cargas.
- Existen suficientes datos científicos sobre los riesgos ergonómicos en el trabajo para evitar un alto porcentaje de los trastornos musculoesqueléticos entre los trabajadores. Las medi-

das preventivas no deberían ni necesitan ser discriminatorias con respecto al sexo.

- A pesar de que muchos piensan que los trastornos musculoesqueléticos son más comunes entre las mujeres, esta cuestión ha sido más estudiada en el caso de los hombres. Es necesario estudiar con más detalle los factores de pronóstico entre las mujeres, así como si el riesgo varía entre hombres y mujeres expuestos a los mismos riesgos laborales.
- Algunos aspectos fatigosos del trabajo que son más característicos del trabajo de mujeres —por ejemplo el trabajar de pie— han recibido menos atención que, por ejemplo, el levantamiento de cargas.
- Convendría distinguir entre los tipos de TME en los sistemas de notificación, especialmente las dolencias de espalda derivadas de tareas de manipulación y los trastornos de las extremidades superiores.

Los trastornos musculoesqueléticos abarcan una amplia gama de problemas de salud, siendo los principales el dolor de espalda y las dolencias de las extremidades superiores, como el cuello, los hombros, los codos, los brazos, las muñecas y las manos. Las extremidades inferiores también pueden verse afectadas, y dolencias como la bursitis, que suele aparecer en trabajos que requieren arrodillarse —como fregar suelos—, han sido objeto de numerosos estudios en el pasado. Los trastornos de las extremidades incluyen una amplia variedad de enfermedades inflamatorias y degenerativas, así como trastornos que pueden afectar a los tendones, los ligamentos, los nervios, los músculos, la circulación y los cartílagos, y que resultan en dolores y deterioro funcional. Algunos ejemplos de trastornos dorsales son los problemas de columna vertebral y las lesiones musculares y de los tejidos blandos. La causas y la duración de la mayoría de los trastornos musculoesqueléticos suelen ser más crónicas o subcrónicas que agudas. Normalmente, tienden a desarrollarse después

Recuadro 8. Trastornos musculoesqueléticos (TME) en los sectores textil y de la confección

El trabajo repetitivo y otros factores de riesgo asociados a los TME prevalecen en el sector de la confección, incluidos los sistemas salariales tradicionalmente vinculados al ritmo de trabajo. La feroz competitividad del mercado mundial ha obligado a esta industria a realizar una reestructuración masiva en las últimas décadas. Como consecuencia de ello, se ha intensificado el trabajo, lo que a su vez se ha traducido en un empeoramiento de las condiciones de trabajo y en una alta incidencia de los TME. No obstante, se han aplicado con éxito diversos enfoques participativos destinados a abordar los problemas de los TME, tanto actuales como emergentes, en distintos lugares de trabajo en toda Europa:

- Una intervención de investigación en una empresa de fabricación y embalado de ropa interior femenina en Italia produjo los siguientes resultados: una guía de prevención, patrocinada por la empresa y otras entidades; el reconocimiento de la necesidad de supervisar continuamente los TME, debido a los constantes cambios que experimenta el sector; una propuesta para desarrollar herramientas sencillas que permitan a los trabajadores evaluar las prácticas laborales.

- Un fabricante de vaqueros en España intentó introducir un «sistema de fabricación modular». No obstante, en la práctica, parece ser que los operarios siguen realizando tareas individuales y que no reciben ningún tipo de formación sobre trabajo en equipo. El mercado de la ropa vaquera es muy complejo y la empresa esperaba mejorar su competitividad con los cambios, pero era necesario prestar más atención a los factores ergonómicos y a cuestiones más generales relativas a la organización del trabajo. Cabe mencionar que el difícil acceso a soluciones innovadoras y la falta de intercambio de experiencias constituyeron un obstáculo para el éxito.
- Las organizaciones sindicales y empresariales danesas elaboraron un plan de acción nacional de apoyo a la prevención de los TME en el sector. Dicho plan venía acompañado de un presupuesto. Se elaboró un manual sobre sistemas salariales alternativos al trabajo a destajo. Se establecieron objetivos dirigidos a cambiar la organización del trabajo y a introducir el trabajo en equipo, y se realizaron estudios piloto.

Fuente: Hague *et al.* (2001). Véase también Barros Duarte *et al.* (2002); página web del IDICT; Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2001a).

de meses o años de desgaste de los tejidos blandos (Punnett y Herbert, 2000).

Las encuestas europeas muestran que los trastornos musculoesqueléticos constituyen los problemas de salud laboral más comunes entre hombres y mujeres, y que están aumentando. Los factores que contribuyen a dicho aumento —como la intensidad del trabajo— también se han incrementado. Cerca del 30 % de mujeres y hombres afirman sufrir este tipo de problemas como consecuencia de su trabajo (dolores de espalda y otros dolores musculares). Si se comparan los datos correspondientes al trabajo a tiempo completo y al trabajo a tiempo parcial, las mujeres sufren más dolencias de este tipo en ambos grupos, aunque la diferencia es insignificante (Dupré, 2001; Fagan y Burchell, 2002). Un 25 % de los participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo afir-

maron sufrir dolor de cuello, hombros y extremidades superiores. No existían diferencias significativas en las respuestas de mujeres y hombres, excepto que las mujeres manifestaban sufrir más dolencias de las extremidades superiores. En la misma encuesta, tanto mujeres como hombres registraron un porcentaje similar de dolores de espalda relacionados con el trabajo [Paoli y Merrillé, 2001; véase asimismo Punnett y Herbert (2000) en relación con el aumento de la incidencia de los trastornos de las extremidades superiores entre mujeres trabajadoras].

Los trastornos de las extremidades superiores relacionados con el trabajo están asociados a malas posturas, movimientos muy repetitivos y enérgicos, un elevado ritmo de trabajo, vibraciones de manos y brazos, condiciones ambientales frías y factores psicosociales como el estrés laboral. Los trastornos dorsales están relacionados con traba-

jos de manipulación manual, que presentan factores de riesgo como el levantamiento de la carga, la frecuencia del trabajo de manipulación manual y posturas forzadas, en general, como el pasar muchas horas sentado o el sentarse incorrectamente, así como el permanecer de pie de forma prolongada. Estos factores de riesgo se presentan en muchos de los trabajos ejercidos por mujeres. La exposición a vibraciones transmitidas a todo el cuerpo —especialmente cuando se está sentado— es otro factor relacionado con los dolores dorsales y es más común en trabajos típicamente masculinos, como la conducción de camiones y autobuses. La Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo reflejaba que hombres y mujeres estaban igualmente expuestos a trabajos repetitivos y a posturas incorrectas, dolorosas y que fatigan; por su parte, los hombres afirmaban estar más expuestos a trabajos asociados al levantamiento de cargas. En la encuesta anterior, las mujeres registraron un nivel de exposición más alto a trabajos repetitivos que los hombres, lo que sugiere que tal vez hubo cierta confusión a la hora de interpretar la pregunta en la tercera encuesta (Paoli y Merllié, 2001).

Al comparar los tipos de trabajo y los factores de género en cuanto a la incidencia de los trastornos de las extremidades superiores relacionados con el trabajo se observó una estrecha relación con los factores de riesgo en el lugar de trabajo (Buckle y Devereux, 1999). Punnett y Herbert (2000), entre otros, examinaron la incidencia de los trastornos musculoesqueléticos en el caso de las mujeres trabajadoras: por ejemplo, se detectó una elevada prevalencia de este tipo de dolencias, relacionadas con factores laborales, entre las mujeres que trabajan en el sector de la confección; el sector del embalado; el sector textil; el ámbito de la fabricación de aparatos electrónicos; la cadena de montaje; la industria procesadora de pescado y aves; los puestos de teleoperadora y trabajos que requieren el uso de pantallas de visualización; el sector de la limpieza; la cocina; y puestos de cajera

en supermercados. Los trabajos de embalado y montaje, típicamente femeninos, requieren movimientos rápidos, precisos y repetitivos, y pasar muchas horas sentado. Aunque también hay hombres en este tipo de trabajo, las tareas suelen ser distintas, por lo que las mujeres están más expuestas a estos factores de riesgo (véase asimismo Messing, 2000). Entre los estudios que consideran que las exigencias laborales pueden causar dolores de cuello y hombros encontramos el trabajo de Ariëns *et al.* (2001).

Si bien la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo indica que el porcentaje de hombres que realiza trabajos de manipulación física es mayor que el de mujeres, la presencia femenina en este tipo de tareas no es desdeñable: el 28 % de los hombres afirma pasar al menos la mitad de su jornada laboral cargando o moviendo peso, en comparación con el 17 % de las mujeres.

Existen datos sobre la incidencia de trastornos dorsales motivados por el trabajo físico pesado en el sector de la enfermería y la asistencia, así como entre el personal de cocina, limpieza y lavandería. A menudo no se aprecia que en algunos trabajos las mujeres pueden realizar tareas que requieren un esfuerzo físico considerable. Por ejemplo, el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) afirma que el porcentaje de dolencias por agotamiento entre los profesionales sanitarios —en particular asociadas al manejo de pacientes— es más del doble de la media nacional, mientras que en el caso de los trabajadores a domicilio es unas tres veces superior (véase el recuadro 9). Según un estudio llevado a cabo por Dassen *et al.* (1990), las enfermeras realizan tareas más pesadas de levantamiento de pacientes que sus compañeros varones, que tienen mayor probabilidad de desempeñar tareas de gestión, urgencias o cuidados intensivos, donde no será preciso realizar tantas tareas de levantamiento. Las mujeres que trabajan en los

Recuadro 9. Asistencia sanitaria a domicilio: un servicio en auge típicamente femenino con un porcentaje creciente de trastornos musculoesqueléticos

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) mostró su preocupación por el aumento del porcentaje de trastornos musculoesqueléticos —en particular de las dolencias dorsales— entre los profesionales del sector sanitario, en general, y entre los que acuden al domicilio del paciente a prestar el servicio, en particular. Aunque en los Estados Unidos el índice de dolencias causadas por el agotamiento entre los profesionales sanitarios es dos veces superior a la media nacional, en el caso de los asistentes sanitarios a domicilio es incluso mayor: unas tres veces superior a la media. Además, considera que apenas se han llevado a cabo estudios sobre los problemas de salud que afectan a los profesionales sanitarios, a pesar de que se trata del grupo de profesionales que más rápido ha crecido en el sector sanitario estadounidense. En comparación con el ámbito hospitalario, los investigadores del NIOSH descubrieron que algunos factores de riesgo se magnificaban en el ámbito de la asistencia sanitaria a domicilio, como por

ejemplo: trabajar solo; la falta de control sobre el mobiliario o el equipo; la falta de camas ajustables; la ausencia de equipos para trasladar a los pacientes; y el aumento de los niveles de discapacidad de los pacientes. La situación se complica en mayor medida con las políticas de asistencia a pacientes y otras cuestiones relativas a la vida privada. Tras examinar la literatura de investigación y los estudios de intervención existentes, llegaron a la conclusión de que la alta prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos se debe a las malas condiciones de trabajo ergonómicas, lo que obliga a los trabajadores a adoptar posturas forzadas o a realizar esfuerzos energéticos a la hora de atender a un paciente; la ergonomía (el diseño de todos los elementos del entorno de trabajo para adaptar mejor las capacidades del trabajador) es el enfoque preventivo más prometedor; es necesario encontrar soluciones ergonómicas concretas para el entorno privado; y es preciso documentar y compartir los programas ergonómicos que se han aplicado con éxito en este entorno. Sobre la base de esta investigación, el NIOSH seguirá examinando estas y otras cuestiones al objeto de cuantificar los riesgos a los que se exponen los trabajadores a domicilio y las actividades de intervención destinadas a prevenir los trastornos musculoesqueléticos y otros riesgos (Galinsky *et al.*, 2001).

comercios y en el sector agrícola levantan cargas relativamente pesadas; además, las mujeres que trabajan en el sector agrícola también tienen que realizar trabajos físicos pesados y que requieren posturas forzadas, como trabajar agachadas. Incluso en oficinas, las mujeres suelen cargar archivadores pesados, cajas con papel para fotocopiadoras o equipos de oficina. Asimismo, si se examinan con más detalle las tareas desempeñadas por algunas mujeres, su «trabajo ligero» suele exigir más esfuerzo físico de lo que en principio podría parecer, no solo por el peso, sino también por el ritmo repetitivo y la dificultad de las tareas y las posturas incómodas que deben adoptarse para realizar el trabajo (por ejemplo, Messing, 1998 y 1999, ofrece un ejemplo de la carga de trabajo de las limpiadoras que vacían los cubos de basura).

Las pruebas obtenidas de la investigación demuestran que utilizar un ordenador durante seis o más horas al día parece estar relacionado con

un mayor riesgo de sufrir trastornos de las extremidades superiores. Existen algunas pruebas de que esta asociación es más marcada en el caso de las mujeres que en el de los hombres, y de que los síntomas pueden empezar a observarse después de cuatro horas de uso diario del ordenador (Blatter y Bongers, 2002). El control del ritmo de trabajo y la posibilidad de hacer pausas regulares constituyen importantes factores de prevención, así como la adecuación de los puestos de trabajo y su disposición.

Cada vez son más los que opinan que los factores psicosociales —como el trabajo intenso, el escaso control sobre el trabajo, la monotonía y otros factores de estrés— contribuyen al desarrollo de los trastornos de las extremidades superiores relacionados con el trabajo (véase, por ejemplo, Devereux, 2000; Vingård y Hagberg, 2001). Tal como se indica en el apartado sobre el estrés laboral, estas características son comunes en el trabajo de muchas mujeres.

Trastornos musculoesqueléticos y diseño de los equipos de trabajo

Los trastornos musculoesqueléticos pueden afectar a los trabajadores de todos los sectores, pero un factor adicional de riesgo para muchas mujeres es la utilización de herramientas y equipos que no siempre han sido concebidos para la población activa femenina (Punnett y Herbert, 2000). Así lo demuestran los dos estudios que se presentan en el recuadro 10. Uno de ellos se refiere a los trastornos musculoesqueléticos que afectan a las mujeres que trabajan en un sector no tradicional —la jardinería—, donde cabría esperar que el equipo de trabajo no ha sido diseñado para la población femenina. El otro aborda el trabajo de una población en la que predominan las mujeres —el sector de la limpieza—, aunque el equipo de trabajo sigue siendo poco adecuado. El prestar más atención a la adecuación ergonómica de las herramientas de trabajo y las tareas en relación con la constitución de las personas no solo redundará en beneficio de las mujeres que trabajan en sectores no tradicionales, sino también de los hombres de constitución por debajo de la media (Messing, 1999).

Trastornos musculoesqueléticos y cuestiones de género: déficit de información

Se observa una falta de información comparativa sobre los trastornos musculoesqueléticos, ya que abarcan una gran variedad de condiciones y no todos los incidentes son oficialmente reconocidos como accidentes laborales, ni existe coherencia en todos los Estados miembros. Esto afecta al tipo de información que se recaba y a la aparente incidencia de distintas clases.

Ya se ha señalado que, incluso cuando hombres y mujeres tienen el mismo trabajo, pueden desempeñar tareas distintas (Messing, 1999), y, por tanto, la exposición a los riesgos musculoesqueléticos también varía.

El permanecer de pie es algo común en muchos trabajos en los que predominan las mujeres, como en el caso de las vendedoras, maestras y peluqueras. No obstante, existen muchos más estudios sobre el levantamiento de cargas que sobre el trabajar de pie (Messing, 1998). El permanecer de pie implica un esfuerzo muscular estático; mantener una misma posición durante algún tiempo es agotador y se considera un factor de riesgo de sufrir trastornos musculoesqueléticos.

Asimismo, quedan muchas cuestiones pendientes en relación con los trastornos musculoesqueléticos. Entre los elementos que están vinculados a los trastornos musculoesqueléticos se encuentran los siguientes: edad, sexo, situación socioeconómica, raza u origen étnico, historial de enfermedades graves, diversas enfermedades sistémicas, tabaco, consumo de alcohol, obesidad, o factores que afectan a los niveles de hormonas femeninas, como el uso de anticonceptivos orales. No obstante, las pruebas relativas a la incidencia de estos factores y a las consecuencias que pueden tener sobre la exposición a riesgos musculoesqueléticos no son claras (Punnett y Herbert, 2000). Muchos resultados de investigaciones son contradictorios o bien la metodología seguida en la investigación resulta problemática. Por ejemplo, aunque numerosos estudios sugieren que los hombres padecen más trastornos musculoesqueléticos, amplios estudios de muestra transversales enmascaran las diferencias de género, ya que suelen poner más énfasis en el esfuerzo general de todo el cuerpo y el gasto de energía que en el esfuerzo localizado y repetitivo de las extremidades superiores típico de los trabajos femeninos (Punnett y Herbert, 2000); por otra parte, los trabajos asignados preferentemente a las mujeres podrían comportar riesgos específicos que escapan a la atención de los investigadores (Messing, 2000). Asimismo también se ha señalado que las mujeres notifican más síntomas sencillamente porque suelen reconocer, articular y comunicar con más facilidad los síntomas de los trastornos musculoesqueléticos que los hombres.

Recuadro 10. Jardineros municipales: un ejemplo de mujeres en trabajos «no tradicionales» que emplean herramientas mal adaptadas

Muchas de las tareas presentaban dificultades tanto para hombres como para mujeres. Un estudio detectó los siguientes problemas a los que se enfrentaba un grupo de jardineros y jardineras municipales:

- Problemas en los que las mujeres y algunos hombres difieren de la norma masculina seguida en el diseño de las herramientas y los equipos de trabajo.
- Problemas relacionados con la constitución física. Las mujeres tienen problemas parecidos a los de los hombres de menor estatura en trabajos que requieren el uso de la fuerza, como transportar cargas o cavar.
- Las mujeres y los hombres altos suelen tener problemas con el manejo de las herramientas y los equipos, así como con las posturas.
- Problemas concretos en el caso de las mujeres que utilizan equipos de protección, herramientas y aparatos, y que conducen vehículos, derivados de las características de diseño (demasiado grandes, asiento del tractor demasiado alto, etc.).
- Las diferentes dolencias experimentadas por hombres y mujeres pueden explicarse, en parte, por las distintas tareas realizadas (aunque sea en el mismo trabajo), los distintos métodos de trabajo y las diferencias de constitución corporal.

Entre las posibles soluciones se incluyen:

- Abordar los problemas más penosos para todos los trabajadores, por ejemplo recurriendo al trabajo en equipo o cambiando los métodos y los equipos de trabajo.
- Proporcionar una amplia variedad de herramientas o herramientas que se puedan ajustar.

Fuente: Resumen del estudio de caso de Messing (1999).

Trastornos musculoesqueléticos y diseño de los equipos de trabajo que se emplean en los servicios de limpieza

En un estudio británico se analizaron los problemas musculoesqueléticos asociados a los trabajos de limpieza, en los que suelen predominar las mujeres y, a menudo, de más edad (Woods *et al.*, 1999). Se de-

mostró que los factores laborales estaban relacionados con un aumento del riesgo de sufrir trastornos musculoesqueléticos en el grupo de estudio. Entre estos factores se incluyen el diseño inadecuado de los equipos, las tareas y posturas específicas, una organización del trabajo deficitaria y la falta de formación.

Se realizaron recomendaciones sobre el rediseño de las máquinas y los equipos, los cambios de la organización del trabajo y los horarios laborales, y la elaboración de políticas locales de control de la salud y de programas de mantenimiento de los equipos. En el estudio se examinó la utilización de máquinas brillantadoras y pulidoras, fregonas y aspiradoras. Las principales áreas de interés en relación con la utilización de los equipos fueron: levantamiento y desplazamiento de máquinas; forma, tamaño y ángulo del asa inadecuados y dificultad para asir la máquina; fuerza necesaria para utilizar las máquinas y los equipos; vibración de las máquinas; mantenimiento inadecuado de las máquinas.

Algunas de las recomendaciones iban destinadas específicamente a los diseñadores y fabricantes: peso de la máquina brillantadora, control del peso, mandos, vibración y discos; fregonas (longitud, estabilidad del cubo, manejo manual, sistema de escurrido); aspiradoras (peso, longitud y diseño del asa, ubicación de los mandos).

Los investigadores llegaron a la conclusión de que el diseño del equipo debería adaptarse a las dimensiones físicas y a la fuerza de una amplia gama de usuarios potenciales, incluidos los de menor estatura y fuerza. En particular, a la hora de diseñar estas máquinas se deberían tener en cuenta los problemas que afectan al personal de limpieza (justificados por medidas objetivas). Tras obtener estos resultados, se lanzaron una serie de iniciativas, entre las que cabe citar: un seminario para debatir los resultados con los empresarios, los sindicatos, los fabricantes de equipos y los inspectores de trabajo nacionales; y un proyecto para presentar casos de estudio de buenas prácticas. La investigación se ha utilizado para elaborar directrices nacionales en materia de prevención.

Fuentes: Woods *et al.* (1999); Health and Safety Executive (2003c).

También existen pruebas de que las mujeres suelen consultar al médico antes que los hombres cuando aparecen problemas de salud.

Conclusiones

A pesar de algunas lagunas destacables, existen suficientes pruebas sobre las causas de los tras-

tornos musculoesqueléticos relacionadas con el trabajo y su prevención. A partir de una revisión de más de 200 estudios de trastornos musculoesqueléticos, Punnett y Herbert (2000) llegaron a una serie de conclusiones sobre lo que se sabe en relación con el género y los trastornos musculoesqueléticos y lo que debería investigarse

Recuadro 11. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el sector de la peluquería

La peluquería es un ámbito laboral en el que predominan las mujeres, y los trastornos musculoesqueléticos constituyen un motivo de absentismo. Entre los factores de riesgo se cuentan la repetición y el tiempo de exposición a tareas (horario diario y semanal, frecuencia y duración de las pausas), que conllevan unas condiciones de trabajo bastante ajustadas y pocos descansos; el diseño y manejo de herramientas y equipos de trabajo; las posturas como estiramientos, mantenimiento de los brazos en alto e inclinaciones hacia un solo lado del sistema musculoesquelético; el permanecer de pie; y el entorno de trabajo físico y psicosocial.

Como respuesta al elevado porcentaje de problemas musculoesqueléticos (cerca del 10 % de notificaciones de enfermedad se deben a dolores de espalda), la fundación alemana para enfermedades comunes AOK desarrolló un enfoque interempresa que incluye cursos de formación impartidos en la escuela de

formación profesional de Baviera. De esta forma, se ha reducido la tasa de absentismo en las empresas y las visitas de los trabajadores a la AOK, y en los cursos se imparten conocimientos sobre el fomento de la salud para evitar efectos adversos. Desde 1997 se vienen celebrando anualmente talleres de formación en las escuelas de formación profesional que cubren los siguientes aspectos:

1. Teoría (principios básicos sobre los trastornos dorsales y musculoesqueléticos, causas laborales y salud).
2. Práctica (análisis de quejas en el lugar de trabajo y ejercicios).
3. Formación de revisión y repaso (repetición de los elementos más importantes y asesoramiento individualizado en el último año de formación).

Asimismo, se ha elaborado la guía «Espaldas sanas en el sector de la peluquería», que ofrece información de interés para los profesionales de la peluquería.

Fuente: AOK Bayern (2002).

en mayor profundidad (véase el recuadro 12). En general, sabemos que la incidencia de trastornos musculoesqueléticos está estrechamente relacionada con factores laborales tanto en hombres como en mujeres y que existen suficientes datos científicos para adoptar medidas preventivas, basadas en intervenciones ergonómicas, y que dichas intervenciones no deben ser discriminatorias con respecto al género. El análisis del género como «factor de riesgo» no ayuda a entender estas cuestiones. Sin embargo, es necesario seguir investigando en diversos ámbitos, como las posibles variaciones de los riesgos musculoesqueléticos en función del género en los casos de exposición similar en el trabajo y la

existencia de variaciones en las relaciones exposición-respuesta en función del género.

Estrés relacionado con el trabajo

Puntos fundamentales

- El estrés es un importante problema de salud relacionado con el trabajo en Europa, que afecta tanto a hombres como a mujeres.
- Las mujeres comunican más quejas relacionadas con el estrés laboral que los hombres.
- Se conocen las causas del estrés laboral, y estos factores están presentes en muchos trabajos típicamente femeninos.

Recuadro 12

Punnett y Herbert (2000) llevaron a cabo un análisis exhaustivo de los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo y las cuestiones de género. Sus conclusiones fueron las siguientes:

- Los trastornos musculoesqueléticos están relacionados con la exposición ergonómica tanto en hombres como en mujeres. Existen cuantiosos datos clínicos, biomecánicos y epidemiológicos que demuestran la relación entre los trastornos musculoesqueléticos y los factores ergonómicos en el lugar de trabajo, como el alto grado de repetición, los esfuerzos manuales y la vibración.
- Así pues, existe un conocimiento científico suficiente de determinados agentes ergonómicos responsables de tensiones de origen laboral para prevenir un gran parte de los trastornos musculoesqueléticos entre la población activa. Las medidas preventivas no deberían y no necesitan ser discriminatorias en relación con el género. El mejor método para eliminar las lesiones musculoesqueléticas en el lugar de trabajo es implantar sistemas de control como, por ejemplo, cambios en los equipos, en el diseño del puesto de trabajo y la planificación del trabajo, en el marco de un amplio programa ergonómico en el que participen todos los niveles de la empresa.
- Se requiere una investigación más exhaustiva para dilucidar si el riesgo de trastornos musculoesqueléticos varía entre las mujeres y los hombres cuando estos desempeñan trabajos que comportan los mismos riesgos, y si los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral producen las mismas consecuencias en mujeres y hombres. Las mujeres notifican trastornos musculoesqueléticos más a menudo que los hombres; no obstante, esta diferencia parece ser menos marcada en el caso de los trastornos dorsolumbares y cuando se compara a hombres y mujeres dentro de grupos de trabajo homogéneos. Muy pocos estudios han examinado las relaciones exposición-respuesta desde el punto de vista de la dimensión de género, y los resultados no han sido coherentes. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el riesgo puede ser mayor en el caso de los

hombres que en el de las mujeres con una mayor exposición a los factores de estrés físico; si bien las mujeres tienen un mayor riesgo de predisposición. Esto podría significar que otros factores influyen en mayor medida en mujeres que desempeñan trabajos con menores riesgos y que son menos relevantes cuando el esfuerzo físico es mayor, o porque las mujeres que están expuestas a mayores riesgos laborales (físicos y/o psicosociales) son más susceptibles que los hombres de dejar su trabajo o cambiar por motivos de trastornos musculoesqueléticos. Por el contrario, los escasos estudios científicos existentes señalan que las mujeres podrían experimentar distintos niveles de estrés laboral y ser más vulnerables a niveles similares de estrés que los hombres, posiblemente como consecuencia de las responsabilidades domésticas adicionales. Todas estas explicaciones son tentadoras en el presente y requieren un estudio más detenido.

- A pesar de la convicción establecida de que los trastornos musculoesqueléticos afectan a las mujeres de forma desproporcionada, las consecuencias de estas dolencias han sido estudiadas principalmente en los hombres. A fin de adaptar las intervenciones adecuadas para la prevención primaria o secundaria, es necesario y prioritario seguir estudiando los factores de pronóstico en el caso de las mujeres.
- El análisis del género como «factor de riesgo» de los trastornos musculoesqueléticos, o el ajuste de las diferencias de género, no aclara estas cuestiones. En los futuros estudios epidemiológicos se deberían incluir participantes de ambos sexos para evitar limitaciones innecesarias en relación con las diferencias de riesgo. Es necesario evaluar por separado cada uno de los elementos que asocian los trastornos musculoesqueléticos al sexo y a los riesgos ergonómicos en el lugar de trabajo para determinar si las mujeres corren un mayor riesgo cuando se exponen a los mismos agentes ergonómicos desencadenantes de tensión que los hombres. La presentación de los datos estratificados por sexo puede resultar útil, ya que permite examinar las diferencias en las relaciones exposición-respuesta, en lugar de suavizarlas.

- Las mujeres están más expuestas a algunos factores de estrés debido a: el tipo de trabajo que realizan; su posición en la jerarquía de la organización; la discriminación, el acoso sexual; su situación fuera del trabajo.

- El enfoque establecido en relación con la evaluación y gestión de riesgos en materia de seguridad y salud laborales puede aplicarse a la prevención de las causas del estrés laboral.

- Tanto los instrumentos empleados para la investigación como la evaluación de riesgos deberían abordar las cuestiones laborales que afectan principalmente a las mujeres, como las condiciones de trabajo incompatibles con las responsabilidades familiares, el acoso sexual y la discriminación.
- Trabajar —a diferencia de no trabajar— es positivo para la salud de las mujeres.
- Es esencial seguir investigando para abordar el estrés laboral en el contexto de otras cuestiones, como el género, y obtener así una perspectiva completa para la gestión del estrés laboral.

¿Cuáles son las causas del estrés laboral?

Puede decirse que se experimenta estrés «cuando las exigencias del entorno de trabajo exceden la capacidad de los trabajadores para afrontarlas (o controlarlas). Esta definición del estrés centra la atención en las causas de origen laboral y las medidas de control que se requieren» (Cox *et al.*, 2000). El estrés resultante puede adoptar la forma de reacciones emocionales, cognitivas, de comportamiento y fisiológicas, y las reacciones a los mismos riesgos psicológicos pueden variar dependiendo de la persona.

Aunque las personas pueden padecer estrés y manifestarlo de formas distintas, existe una serie de factores que se consideran fuentes de estrés. Estos se resumen en el recuadro 13 y existe un consenso razonable basado en pruebas teóricas y empíricas de que estos factores aumentan el riesgo de estrés laboral (Cox *et al.*, 2000). Asimismo, los estudios no han hallado diferencias de género en relación con las fuentes de estrés (por ejemplo, Miller *et al.*, 2000). En los siguientes apartados se abordan algunas fuentes específicas de estrés, como son la exposición a actitudes violentas de desconocidos y el hostigamiento o el acoso sexual por parte de compañeros de trabajo.

Algunas consecuencias del estrés para la salud

El estrés puede vincularse a una serie de trastornos mentales y físicos, y un estado de estrés continuo puede ser perjudicial. El estrés puede aumentar el riesgo de enfermedades coronarias y de depresión, además de debilitar el sistema inmunológico, haciéndonos más vulnerables a las enfermedades. Incluso puede conducir al suicidio. También existen vínculos entre el trabajo estresante y los trastornos musculoesqueléticos (Ariëns *et al.*, 2001; Bongers *et al.*, 1993; Buckle y Devereux, 1999; Hoogendoorn *et al.*, 2000; Punnett y Herbert, 2000). Entre los numerosos síntomas del estrés se cuentan el aumento de la presión sanguínea, un estado de ánimo deprimido, irritabilidad, dolor en el pecho, trastornos digestivos, alteraciones del sueño y un mayor consumo de alcohol y de tabaco.

¿Padecen las mujeres más estrés laboral que los hombres?

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el estrés es el segundo problema de salud, relacionado con el trabajo, más importante en Europa, con un 28 % de los encuestados que afirmaba que el estrés laboral afectaba a su salud (Paoli y Merllié, 2001). Con arreglo a la Encuesta europea de población activa, el estrés en el trabajo es el causante de más de un 25 % de las bajas laborales de dos semanas o más por problemas de salud relacionados con el trabajo en la UE (Dupré, 2001).

Según un análisis de género de las respuestas a las preguntas sobre enfermedades y dolencias relacionadas con el trabajo en la Encuesta europea de población activa: «[...] apenas existen diferencias en los Estados miembros entre los hombres que afirman padecer dolencias relacionadas con el estrés, y, en cada caso, el porcentaje de varones era menor que el de mujeres [...]. En el conjunto de la UE, entre las personas que padecen problemas de salud relacionados con el trabajo, el 17 % de los hombres y el 20 % de las mujeres afirmaron

Recuadro 13. Características estresantes del trabajo

Categoría	Fuentes de estrés
CONTEXTO DE TRABAJO	
Cultura organizativa y función	Poca comunicación, niveles bajos de apoyo para la resolución de problemas y desarrollo personal, falta de definición de objetivos organizativos.
Papel desempeñado en la organización	Ambigüedad y conflicto del papel desempeñado, responsabilidad sobre terceros.
Desarrollo de la carrera profesional	Estancamiento de la carrera profesional e incertidumbre, con una promoción superior o inferior a la correspondiente, salario bajo, inseguridad del empleo, baja valoración social del trabajo.
Autonomía/Control de decisión	Poca participación en la toma de decisiones, falta de control sobre el trabajo (el control, especialmente en forma de participación, también es una cuestión de contexto y un aspecto organizativo más amplio).
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social o físico, poca relación con los superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
Interfaz hogar-trabajo	Conflictos entre las demandas del trabajo y del hogar, poco apoyo en el hogar, problemas derivados de una doble carrera.
CONTENIDO DEL TRABAJO	
Entorno de trabajo y equipo de trabajo	Problemas relacionados con la fiabilidad, disponibilidad, idoneidad y mantenimiento o reparación tanto del equipo como de las instalaciones.
Diseño de tareas	Falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o carente de significado, infrautilización de las cualificaciones, elevada incertidumbre.
Ritmo/Carga de trabajo	Sobrecarga o infracarga de trabajo, falta de control con respecto al ritmo, elevados niveles de presión del tiempo.
Programa de trabajo	Trabajo por turnos, programas de trabajo rígidos, horarios imprevisibles, largas jornadas de trabajo o a horas fuera de lo normal.

Fuente: Cox et al. (2000).

tener estrés, depresión y ansiedad, como dolencias más graves. En la UE, los problemas relacionados con el estrés ocupaban el segundo puesto en la clasificación de dolencias notificadas por hombres y mujeres» (Dupré, 2002). Mientras que, en general, según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, existen pocas diferencias entre las percepciones que los hombres y mujeres tienen de los problemas relacionados con el estrés de origen laboral, una vez más los trabajadores a tiempo parcial notificaron menos síntomas de estrés. Según la encuesta, los niveles más

altos de estrés se registraron entre los profesionales, técnicos, directivos, operarios de máquinas, trabajadores del sector servicios, empleados de oficina y artesanos.

Las fuentes de estrés relacionado con el trabajo que se enumeran en el recuadro 13 pueden estar presentes en trabajos tanto de hombres como de mujeres. No obstante, las mujeres pueden estar expuestas desproporcionadamente a estos factores debido a la segregación del trabajo y a sus responsabilidades domésticas. Asimismo, el acoso

Recuadro 14

Las respuestas de la Tercera Encuesta europea sobre condiciones laborales sugieren que, en comparación con los hombres, las mujeres:

- tienen menor probabilidad de asumir responsabilidades de planificación en su trabajo;
- están más expuestas a tareas monótonas;
- tienen menor probabilidad de ejercer trabajos que impliquen resolución de problemas y aprendizaje;

- tienen menor posibilidad de elegir el momento de hacer una pausa en el trabajo;
- tienen mayor probabilidad de que las interrumpen durante su trabajo con tareas imprevistas;
- tienen menor probabilidad de recibir formación.

Asimismo, las mujeres con trabajos profesionales tienen menos autonomía en el trabajo que los hombres.

Fuentes: Paoli y Merllié (2001); Fagan y Burchell (2002).

sexual, la discriminación, el estancamiento de la carrera profesional y el trato irrespetuoso constituyen factores de estrés más comunes en la vida laboral de las mujeres que en la de los hombres (Landrine y Klonoff, 1997). Otros factores de estrés adicionales para las mujeres en puestos profesionales o directivos son la política organizativa, el exceso de carga de trabajo, el papel que se desempeña y las expectativas en relación con el comportamiento social-sexual, y la conciliación de la vida laboral y la vida privada (Nelson y Burke, 2000). La falta de control sobre el propio trabajo también constituye un factor de estrés laboral (por ejemplo, Karasek y Theorell, 1990). Los resultados de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo permiten concluir que las mujeres pueden estar más expuestas a estos fac-

tores de estrés que los hombres. Esta conclusión es coherente con los resultados de los estudios de investigación, por ejemplo Vinke *et al.* (1999).

En muchos estudios se observa que las mujeres trabajadoras tienen niveles más altos de estrés e insatisfacción que los hombres (Williams y Umberson, 2000). La responsabilidad frente a varios superiores —por ejemplo en el trabajo administrativo— y unas expectativas poco claras de trabajo constituyen factores comunes de estrés en los sectores dominados por mujeres, especialmente en el de los servicios. Asimismo, el trabajo adicional o un horario inflexible representan factores de estrés que afectan en particular a las mujeres trabajadoras con responsabilidades domésticas. El trabajo monótono y el poco control son características típicas de muchos empleos en los

Recuadro 15

«Las interrupciones que desorganizan [las tareas del trabajo] están asociadas a una mayor incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo tanto para hombres como para mujeres, pero las consecuencias sobre las mujeres son más pronunciadas que sobre los hombres. Lo mismo ocurre con la intensidad del trabajo, donde el grupo más sano lo constituyen una vez más las mujeres con un empleo en el que soportan pocas presiones de tiempo, y el que goza de menos salud es el grupo de mujeres que soporta mayores presiones de tiempo en el trabajo. Este mismo modelo puede aplicarse al trabajo fuera del horario previsto y al horario variable. Las pruebas [...] demuestran que la mejora de las condiciones de trabajo beneficiaría en mayor medida a las mujeres».

«Cuando se controlan en los análisis [de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo], las diferencias entre las condiciones de trabajo de hombres y mujeres y la posición laboral, se observa que las mujeres son más susceptibles de sufrir enfermedades relacionadas con el trabajo que los hombres. Esto puede deberse en parte a las responsabilidades domésticas que muchas mujeres asumen y también al hecho de que existen otras condiciones de trabajo a las que las mujeres están desproporcionadamente expuestas y que no se recogen en la [...] encuesta. Esta cuestión debe ser objeto de ulteriores estudios y consideración a la luz de la actual revisión del marco normativo europeo en materia de seguridad y salud».

Extractos de los análisis por género de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, Fagan y Burchell (2002).

Recuadro 16

Una investigación llevada a cabo en una fábrica textil (trajes) italiana encontró una conexión entre el estrés, los trastornos musculoesqueléticos y el dolor. Cuanto más elevados eran los niveles de estrés notificados por los trabajadores, mayor era el dolor experimentado como consecuencia de sus dolencias relacionadas con el trabajo (Hague *et al.*, 2001).

Un estudio realizado en Italia revela datos sobre características sociodemográficas, la relación entre la salud mental y el entorno de trabajo y los condicionantes organizativos en un grupo de usuarios de servicios de salud pública, mental y laboral. En opinión de un tercio de los usuarios —en su mayoría mujeres—, el entorno de trabajo es negativo para la salud mental. La mayoría notificó que los principales condicionantes organizativos eran las escasas posibilidades profesionales, la relación con el público y la carga de trabajo. La inadecuada carga de trabajo es la causa principal de la evaluación negativa de las condiciones de trabajo para la salud mental (Salerno *et al.*, 2002a).

Otro estudio italiano repasó la literatura científica sobre el estrés y el trabajo de las mujeres con el fin de debatir las prioridades de prevención. Las mujeres italianas suelen trabajar en el sector textil y de la confección, del calzado, de la alimentación, farmacéutico, cerámico, en la enseñanza o enfermería, y en servicios como lavanderías, limpieza, peluquería, etc. Del estudio se desprende que muchos de los trabajos realizados por mujeres se caracterizaban por la monotonía y la repetición de las tareas, que, si bien eran sencillas, requerían concentración (esto también es característico de las tareas domésticas, tanto remuneradas como no remuneradas), por el ajetreo y las elevadas exigencias, el escaso control sobre el propio trabajo, etc. Asimismo, las mujeres afirmaban experimentar más fatiga mental e insatisfacción, sufrían hostigamiento y realizaban trabajos mal remunerados. También se determinó una elevada prevalencia de trastornos de las extremidades superiores (Salerno *et al.*, 2002b).

que predominan las mujeres. Miller *et al.* (2000) hallaron pocas diferencias de género en las fuentes de estrés laboral entre cargos directivos, pero observaron que las mujeres en estos puestos sentían más angustia. Según sus hipótesis, la mayor parte de los problemas psicológicos y físicos que afectan a las mujeres se debe al exceso de carga de trabajo y al conflicto entre trabajo y vida privada. En un estudio de hombres y mujeres directivos, Davidson *et al.* (1995) observaron que las mujeres estaban sometidas a más presión que sus compañeros varones, por ejemplo la ejercida por la «estructura organizativa y el clima laboral», así como por la discriminación y los prejuicios.

El trabajo exigente desde el punto de vista emocional y el «trabajo directo con personas» son más comunes entre las mujeres que entre los hombres. Algunos ejemplos de este tipo de trabajo son el de las enfermeras que trabajan con pacientes en fase terminal o pacientes o familiares angustiados, o el de los profesores que trabajan con niños que presentan problemas de aprendizaje. Estos trabajadores están más predispuestos a sufrir enfermedades relacionadas

con el estrés, la depresión o el «síndrome de estar quemado» (por ejemplo, Houtman y Dhondt, 1994). El trabajo por turnos representa un factor de estrés adicional en este tipo de trabajo que, además de distorsionar los ritmos corporales, puede sumarse a los conflictos entre el trabajo y la vida privada.

Ballard *et al.* (2002a, 2002b) sometieron a estudio al personal de una línea aérea comercial y observaron que, aunque este grupo había sido objeto de numerosos estudios sobre el cáncer, se había prestado poca atención a los riesgos psicosociales. Los investigadores hallaron una tasa alta de suicidios entre las auxiliares de vuelo. Las mujeres que componían la tripulación notificaron: preocupación por la adecuación de su papel como madres y en la familia, y en el mantenimiento de las relaciones sociales; tiempo limitado para ocuparse de los problemas personales; y sentimientos de soledad y aislamiento tanto en el trabajo como fuera. Muchas afirmaron que tanto ellas como sus compañeros sufrían ataques de pánico, ansiedad y depresión.

En relación con la incidencia del estrés laboral, es necesario retomar la cuestión de la segregación del trabajo, las diferencias en las tareas desempeñadas y las situaciones divergentes. Los empleos típicos de muchas mujeres se caracterizan por la repetición de las tareas y el escaso control sobre su propio trabajo en comparación con los hombres. Como ya se ha mencionado, muchos de los empleos en los que predominan las mujeres son exigentes desde el punto de vista emocional (Hochschild, 1983; Boyd, 2002). Asimismo, las enfermeras trabajan normalmente por turnos, lo que suele causar problemas sociales y psicológicos (Hatch *et al.*, 1999). Asimismo, la doble carga de trabajo de las mujeres puede aumentar el riesgo de trastornos psicológicos relacionados con el trabajo, como fatiga crónica, nerviosismo, problemas sexuales, ansiedad y depresión (Wedderburn, 2000).

Algunas diferencias de los motivos de estrés están relacionadas con la segregación vertical del trabajo. Por ejemplo, en un estudio de trabaja-

dores en puestos directivos, profesionales y administrativos en una universidad, Vagg *et al.* (2002) observaron que los efectos a nivel organizativo eran más numerosos y de más amplio espectro que los efectos en función del género. Los trabajadores en puestos de más responsabilidad afirmaron que sufrían estrés con frecuencia al tomar decisiones críticas o al hacer frente a situaciones de crisis, en comparación con los trabajadores de niveles inferiores, para los que el salario inadecuado y la falta de oportunidades de mejora eran más estresantes. Se hallaron algunas diferencias por género: para los hombres, el estrés laboral estaba más relacionado con su papel en la estructura de poder de la organización, mientras que las mujeres afirmaron sufrir más estrés cuando existía algún conflicto entre su trabajo y sus responsabilidades domésticas. Es preciso investigar más a fondo para identificar los procesos sociales y psicológicos a través de los cuales el apoyo o el cuidado de terceros genera en el trabajo vulnerabilidad ante el estrés (Williams y Umberson, 2000).

Recuadro 17

Ciclo de estrés: profesores suecos y estrés

Según una encuesta sueca realizada entre 1 000 maestros de preescolar (Läraryörbundet, 2002), el estrés ha aumentado en las escuelas entre profesores, alumnos y padres. En total, el 91 % de los encuestados fueron mujeres. Se observó que el principal motivo de los altos niveles de estrés de los profesores era el elevado número de alumnos por clase. Asimismo se consideró que la tardanza de los padres para recoger a sus hijos al trabajar más horas de lo previsto constituía una fuente importante de estrés.

La enseñanza es un buen ejemplo de profesión emocionalmente exigente. Además de la naturaleza interactiva del trabajo, los profesores deben trabajar en un entorno ruidoso que de por sí causa estrés. Las largas horas de trabajo en pie pueden perjudicar la salud reproductiva, cardiovascular y musculoesquelética, y los profesores pueden sufrir problemas vocales al tener que hablar durante mucho tiempo

en un tono alto (Sala *et al.*, 1999). Asimismo, los profesores reciben numerosas críticas o acusaciones por parte de los padres y alumnos, por ejemplo, por problemas de clase o malas notas en los exámenes. El estrés entre el profesorado no solo afecta a su propia salud, sino también a la calidad de su trabajo y a su relación con los alumnos.

El estrés laboral y la relación entre padres e hijos

Según Kinnunen *et al.* (2001), el síndrome de estar quemado, el estrés y otros factores negativos de la vida laboral se reflejan en las relaciones entre padres e hijos. A modo de síntesis, un padre estresado presta menos atención a sus hijos, transmite menos valores positivos y simplemente se muestra más indiferente. Los hijos perciben el estrés de los padres y responden de inmediato. Se ha observado que los niños tienen distintas expectativas con respecto a sus padres: esperan que su madre se encargue de los cuidados aun cuando trabaje más horas que su padre (Kinnunen, 2002).

¿Los tipos de estrés y las consecuencias para la salud varían entre mujeres y hombres?

Aunque existe un consenso sobre las causas del estrés laboral, las reacciones a las mismas exposiciones psicosociales varían entre las personas. En otras palabras, los síntomas relacionados con el estrés o las enfermedades que se producen pueden variar dependiendo de la persona. Existen varias razones que justifican la importancia de examinar las reacciones al estrés, como por ejemplo:

- reconocer las manifestaciones del estrés relacionado con el trabajo;
- vincular con precisión los problemas de salud con el lugar de trabajo;
- mejorar el apoyo a las personas que sufren estrés.

Como parte de ello, es importante tener en cuenta el género en relación con los problemas vinculados con el estrés. En este informe se examinan con detalle cuestiones como el agotamiento del personal, la depresión y las enfermedades coronarias. Esto conlleva estudiar el hecho de si los

problemas de salud pueden relacionarse con el trabajo en el caso de todos los trabajadores.

Burnout y género

El síndrome de estar quemado (*burnout*) consiste en un desgaste mental general, una actitud cada vez más cínica con respecto al trabajo y un deterioro de la competencia profesional. La relación entre el *burnout* y las cuestiones de género en general es incierta (Bakker *et al.*, 2000). Aunque algunos estudios o datos muestran que las mujeres padecen más este síndrome que los hombres, otros indican lo contrario (Bakker *et al.*, 2000; Houtman *et al.*, 2000b; Taris *et al.*, 2000). Según se desprende de una encuesta representativa de la población activa finlandesa (53 % de los participantes eran mujeres) realizada por Kalimo y Toppinen (1997), el *burnout* es solo ligeramente más común entre mujeres que entre hombres. De los síntomas de esta dolencia, el cansancio está algo más presente entre las mujeres que entre los hombres, mientras que el cinismo es ligeramente más común entre los hombres. Los papeles asignados a cada uno de los sexos podrían explicar esta diferencia. Asimismo

Recuadro 18. Baja por enfermedad y burnout entre mujeres jóvenes profesionales en Suecia

Según las estadísticas del Instituto de Seguridad Social sueco, las jóvenes cualificadas con un salario alto ocupan los primeros puestos de las estadísticas sobre agotamiento y baja por enfermedad en Suecia. Las bajas por enfermedad remuneradas entre mujeres menores de 35 años han pasado a ser más del doble entre 1997 y 2001, siendo los motivos psicológicos los más comunes. Sjögren y Rappe (2002) investigaron los posibles motivos y descubrieron, entre otros factores, que los principales causantes eran los contratos temporales y de duración determinada, la desigualdad y la mala gestión.

Las sustituciones, los contratos temporales y el trabajo basado en proyectos aumentan la presión para demostrar constantemente las capacidades individuales. Puede parecer que el trabajo individual con-

cede a los trabajadores mayor margen de maniobra en las tareas que realizan; no obstante, a menudo viene acompañado de una falta de objetivos claros, conflicto de exigencias, etc. Asimismo, los trabajadores competentes preparados para trabajar más horas recibirán a menudo más trabajo. Las mujeres pueden verse sometidas a una presión adicional al tener que «demostrar que están a la altura del trabajo», por ejemplo trabajando más horas, siendo muy aplicadas y estableciéndose unas normas de trabajo muy estrictas.

Las estadísticas:

- En 2002, más 120 000 suecas estuvieron de baja por enfermedad durante más de un año. Casi un tercio de estas bajas de larga duración se debía a motivos psicológicos.
- Las bajas por enfermedad entre las mujeres suelen ser más frecuentes que entre los hombres: el 65 % de las bajas laborales por enfermedad registradas en Suecia eran de mujeres.

se desprende que los cinco sectores con niveles más altos de este síndrome son el hotelero y el de servicios de comida, la banca y los seguros, la enseñanza y la investigación (estos tres sectores son característicos de las mujeres), el sector mecánico (típico de los hombres), la agricultura y la silvicultura (mixto) (véase Kalimo y Toppinen, 1997).

Una razón que podría explicar estas diferencias en los resultados podría ser que muchos de los estudios en materia de *burnout* se han centrado en determinados grupos laborales, y se ha demostrado que el «estar quemado» está estrechamente vinculado con la profesión. Schaufeli y Enzmann (1998) recopilaron 73 estudios que mostraron notables diferencias en relación con el síndrome de estar quemado en función de la profesión, dependiente de la subdimensión que se analizó de dicho síndrome. Se observó que los profesores (seguidos, a cierta distancia, por los profesionales sanitarios y sociales) eran los que presentaban mayor agotamiento emocional. Los trabajadores sociales, las enfermeras, los policías y los funcionarios de prisiones eran los que menor grado de realización personal alcanzaban, y los agentes de policía (seguidos por los médicos) eran los más distantes y cínicos. Los cargos directivos y los policías presentaban un bajo grado de agotamiento emocional. Un análisis de 29 estudios sobre el síndrome de estar quemado en distintas profesiones relacionadas con el trato al público realizado por Bakker *et al.* (2000) reveló asimismo la existencia de un alto riesgo de *burnout* entre los profesionales sanitarios y de asistencia, con los médicos de familia, el personal de asistencia sanitaria a domicilio, los profesionales de los centros psiquiátricos, las enfermeras y los trabajadores sociales en los primeros puestos de la lista de «riesgo», mientras que la policía ocupaba los últimos puestos.

Por otro lado, existen pruebas de que las mujeres muestran una actitud más positiva que los hombres a la hora de superar el síndrome de estar quemado. Según Hakanen (1999), las muje-

res tienen una gama más amplia de relaciones de apoyo que los hombres, participan en sesiones para tratar el *burnout*, solicitan bajas por enfermedad con más frecuencia que los hombres y suelen buscar ayuda profesional para solucionar sus problemas, en caso de que sea necesario.

No se sabe lo suficiente sobre los distintos motivos que causan el *burnout* en hombres y mujeres. Por ejemplo, en su estudio de hombres y mujeres en cargos directivos, Pretty *et al.* (1992) observaron que las presiones en el trabajo eran la principal causa de agotamiento. No obstante, las presiones que soportaban las mujeres estaban más vinculadas a las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo, mientras que el *burnout* de los hombres se debía principalmente a factores organizativos. Asimismo, los problemas en la vida privada generaban presiones adicionales para las mujeres, mientras que el *burnout* en el caso de los hombres estaba estrictamente relacionado con el trabajo, aunque estuvieran casados y sus esposas también trabajaran.

Depresión

Según un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y dos reconocidos estudios sobre la epidemiología de los trastornos mentales —el estudio de la Zona de Captación Epidemiológica (ECA) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS)—, los trastornos mentales, la depresión, la ansiedad y las dolencias somáticas prevalecen entre las mujeres. Según otro estudio (Middleton *et al.*, 2001), el doble de mujeres que de hombres solicita tratamiento para la depresión. Asimismo, los datos científicos indican que la depresión no solo es el problema mental más común entre las mujeres, sino que también es más persistente entre las mujeres que entre los hombres. En cambio, la prevalencia de dependencia del alcohol en algún momento de la vida, que constituye otro trastorno común, es más del doble en el caso de los hombres que en el de las mujeres en los países desarrollados. Asimismo, los

hombres presentan una probabilidad tres veces mayor que las mujeres de sufrir trastornos de la personalidad antisociales (Robins y Regier, 1991; Kessler *et al.*, 1994; OMS, sin fecha; Middleton *et al.*, 2001; Haslam *et al.*, 2003). En los países desarrollados, el reparto de funciones por género, los factores de estrés y los acontecimientos negativos de la vida contribuyen a la morbilidad (Ayu-so-Mateos *et al.*, 2001; Bildt y Michélsen 2002).

Los factores de riesgo específicos del género para los trastornos mentales comunes que afectan de forma desproporcionada a las mujeres incluyen la violencia de género, las desigualdades socioeconómicas, los ingresos bajos o desiguales, el estatus social bajo o rango subordinado y la continua responsabilidad de cuidar de terceras personas. Sin embargo, los médicos suelen diagnosticar más casos de depresión en mujeres que en hombres, aun cuando los resultados relativos a las mediciones normalizadas del estrés sean similares o presenten síntomas idénticos.

Es necesario seguir investigando el papel del trabajo en la evolución de la depresión. Sin embargo, en la actualidad existen pruebas sólidas procedentes de varios estudios transversales y longitudinales que confirman que unos niveles elevados de exigencias psicológicas, incluido un ritmo rápido de trabajo y el conflicto de exigencias, son factores que pueden desembocar en un mal estado de salud (Stansfeld, 2002). Se ha asociado el alto nivel de estrés laboral con mayores índices de episodios de depresión, síndrome depresivo y disforia, que se han determinado utilizando la entrevista diagnóstica programada del estudio ECA (Mausner-Dorsch y Eaton, 2000). Según un detenido estudio de caso realizado entre el personal sanitario, aunque las situaciones de estrés agudo y las dificultades crónicas fuera del trabajo son relevantes en los trastornos de ansiedad y en los trastornos depresivos, también existen efectos independientes en relación con el «conflicto de las funciones en el trabajo» y «la falta de apoyo de la dirección en el trabajo»

(Weinberg y Creed, 2000). Según Saurel-Cubizolles *et al.* (2002), el personal de enfermería que afirmaba estar expuesto a situaciones de violencia en el trabajo presentaba una mayor prevalencia de síntomas depresivos y estrés. Haslam *et al.* (2003) sugieren que la elevada carga de trabajo, una dirección poco receptiva, la falta de comunicación, la escasa concienciación por parte de la organización en materia de salud mental y las malas relaciones en el trabajo contribuyen a generar ansiedad y depresión. Asimismo, observaron que los directivos y los empresarios no entienden adecuadamente los problemas mentales y que se presta poco apoyo en el lugar de trabajo a las personas que sufren ansiedad o depresión (Haslam *et al.*, 2003).

Por último, no queda claro por qué existe una diferencia tan notable entre hombres y mujeres en cuanto a su conducta a la hora de hacer frente a los problemas mentales: las mujeres suelen tomar medicamentos prescritos por el médico, mientras que los hombres tienden a recurrir al alcohol y a las drogas. Por lo que respecta a la vida laboral, tanto la medicación como el consumo de drogas afectan al rendimiento en el trabajo, son causa de absentismo y aumentan el riesgo de sufrir un accidente. Asimismo, el regreso al trabajo después de una baja por enfermedad o un tratamiento de rehabilitación de larga duración puede ser complicado (Hunter *et al.*, 1998; Kivistö *et al.*, 2001).

Según el informe de la OMS, la investigación revela que existen tres factores clave que contribuyen en buena medida a evitar la aparición de problemas mentales, y en particular la depresión, a saber:

- una autonomía suficiente para ejercer cierto control sobre las respuestas a estas situaciones de gravedad;
- el acceso a recursos materiales que permitan realizar elecciones a la hora de hacer frente a situaciones de gravedad;

Recuadro 19. Estrés y enfermedades coronarias

En un estudio de caso sueco se comparó la sensibilidad de mujeres y hombres con respecto a factores de riesgo psicosociales y enfermedades coronarias. Se observaron diferencias significativas entre ambos sexos en ámbitos como el contenido del trabajo, la carga de trabajo y el control sobre el trabajo, las reacciones físicas al estrés, las reacciones emocionales y el síndrome de estar quemado. Los resultados sugieren que las mujeres son más vulnerables que los hombres en lo que se refiere a los factores de riesgo psicosociales de las coronopatías (Hallman *et al.*, 2001).

Otro estudio realizado entre mujeres ejecutivas indica que estas necesitan más tiempo para relajarse que los hombres cuando regresan a casa después del trabajo. Esta conclusión puede explicarse por las diferencias relacionadas con el nivel profesional y/o el sexo, el nivel de autonomía y el apoyo social en el trabajo, la competitividad, el papel desempeñado en

función del género y el conflicto existente entre el trabajo remunerado y las responsabilidades domésticas. En el estudio se examinaba el perfil de estrés de las ejecutivas con arreglo a los posibles riesgos para la salud a largo plazo, como las enfermedades cardiovasculares (Frankenhaeuser *et al.*, 1989; véase asimismo Lundberg y Frankenhaeuser, 1999).

Según un estudio finlandés (Kivimäki *et al.*, 2002), un alto nivel de estrés laboral y el desequilibrio entre los esfuerzos y la recompensa parecen aumentar el riesgo de muerte por problemas cardiovasculares. El estudio se llevó a cabo en el sector del metal entre 812 trabajadores (545 hombres y 267 mujeres) que no padecían enfermedades coronarias en el momento de su selección. La duración media del seguimiento fue de 25,6 años.

La European Heart Network (1998) calcula que el 16 % de los casos de enfermedades vasculares entre los hombres y el 22 % entre las mujeres se deben al estrés laboral.

- un apoyo psicológico por parte de la familia, los amigos o profesionales sanitarios.

Haslam *et al.* (2003) proponen que, en el lugar de trabajo: es necesario aumentar la sensibilización con respecto a los problemas mentales y a la manera en que estas condiciones pueden afectar a la vida laboral; se deberían adoptar medidas para evitar el estrés laboral; y la rehabilitación exige una buena coordinación entre la dirección, el personal, los servicios de salud laboral, la evaluación y supervisión de los riesgos individuales y la posibilidad de aplicar prácticas de trabajo flexibles.

Enfermedades coronarias

El estrés es uno de los factores laborales asociados a las enfermedades coronarias. Según la Encuesta europea de población activa, los hombres suelen ser más propensos a sufrir enfermedades coronarias relacionadas con el trabajo y dolencias similares que las mujeres: el 5,4 % de los hombres, frente al 2,4 % de las mujeres, notificó que esta era la dolencia más grave que padecía (Dupré, 2002). A pesar de que las mujeres notifican problemas de salud derivados del trabajo y rela-

cionados con las enfermedades coronarias, y dada la importancia de esta enfermedad como causa de mortandad tanto de mujeres como de hombres, es motivo de preocupación que muchos estudios de enfermedades coronarias en relación con el trabajo hayan excluido a las mujeres o solo se hayan centrado en profesiones dominadas por hombres.

El NIOSH ha resumido algunos de los estudios de investigación existentes sobre los vínculos entre las coronopatías y el trabajo. Se sabe, por ejemplo, que algunas toxinas presentes en el trabajo —en particular el disulfido de carbono, la nitroglicerina y el monóxido de carbono— afectan al corazón. Asimismo, el humo de tabaco en el ambiente y el frío o el calor excesivos constituyen factores de riesgo. Numerosos estudios establecen una relación entre la exposición a los factores de estrés relacionados con el trabajo y las coronopatías. También hay pruebas que respaldan la asociación entre el ruido y el aumento de la presión sanguínea. Por otro lado, el trabajo por turnos —que distorsiona los ritmos biológicos— se ha asociado a las enfermedades coronarias. Tanto la falta de actividad como los

esfuerzos excesivos, en particular el levantamiento de cargas pesadas, constituyen factores de riesgo [véase la página web del NIOSH (b)]. Las mujeres también pueden estar claramente expuestas a factores de riesgo de enfermedades coronarias relacionadas con el trabajo.

Los resultados de varios estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que los riesgos psicosociales en el trabajo —en particular el escaso control— están relacionados con un riesgo más alto de mortalidad como consecuencia de enfermedades coronarias tanto en hombres como en mujeres, aun cuando se controlen variables como la edad, el colesterol, la obesidad y la posición socioeconómica (Alterman *et al.*, 1994; Kornitzer *et al.*, 2002; Kuper *et al.*, 2002; Marmot *et al.*, 1997; Bosma *et al.*, 1997; Steenland *et al.*, 1997).

Algunos estudios han analizado los factores de riesgo psicosocial en las enfermedades coronarias y las diferencias de género en lo que a vulnerabilidad se refiere, y han llegado a la conclusión de que las mujeres pueden ser más sensibles (Hallman *et al.*, 2001; Wamala *et al.*, 2000). La combinación de altas exigencias, bajo control y escasas gratificaciones es especialmente perjudicial, y son muchas las mujeres que están inmersas en este sistema de «trabajo rutinario». También es bien sabido que el trabajo por turnos afecta a los niveles hormonales, y hay pruebas científicas que demuestran que, por lo general, las enfermeras que trabajan por turnos fuman más y padecen más problemas de sobrepeso que las que trabajan de día. Estos factores contribuyen a la aparición de problemas de salud, incluidas las coronopatías (Kivimäki *et al.*, 2001). Asimismo, las mujeres posmenopáusicas sometidas a terapia de sustitución hormonal y las mujeres que llegan a la menopausia de forma prematura tras una histerectomía corren un gran riesgo de sufrir cáncer de mama, así como enfermedades cardiovasculares y coronarias crónicas. Este riesgo puede verse aumentado por la naturaleza del trabajo (Westerholm, 1998).

Existen grandes diferencias en el riesgo de enfermedades cardiovasculares, en función del grupo de profesionales de que se trate. A pesar de ello, un estudio danés demostró que sería posible evitar el 16 % de las coronopatías entre los hombres y el 22 % entre las mujeres si se eliminaran los factores de riesgo del entorno de trabajo. Entre los principales riesgos se incluyen el estrés relacionado con el trabajo en el 6 % de hombres y el 14 % de mujeres, y el trabajo por turnos, que afecta al 7 % de hombres y mujeres (Kristensen *et al.*, 1998).

Los estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo en el trabajo y la mortalidad por enfermedades coronarias rara vez se centran en las mujeres. Una de las razones que explican esta realidad es que las mujeres suelen padecer este tipo de enfermedades entre 10 y 20 años más tarde que los hombres; en la práctica, esto significa que muchas mujeres ya están jubiladas cuando enferman y, por tanto, no se tiene en cuenta el vínculo laboral. En comparación con los hombres, el índice de mortalidad por enfermedades coronarias es considerablemente inferior entre las mujeres trabajadoras menores de 50-55 años. Incluso cuando se presta especial atención a las mujeres, el número total de ellas que muere antes de jubilarse es tan reducido que no permite extraer conclusiones, ya que son escasos los estudios de cohortes grandes que se han publicado en el ámbito de la mortalidad por enfermedades coronarias. La baja mortalidad femenina puede explicarse por el hecho de que las hormonas femeninas (progesterona y estrógenos) protegen a las mujeres. Sin embargo, esta protección se pierde con la menopausia (Alterman *et al.*, 1994; Kornitzer *et al.*, 2002; Kuper *et al.*, 2002; Marmot *et al.*, 1997; Steenland *et al.*, 1997; Houtman y Kornitzer, 1999; OMS, 1994b).

Es evidente la necesidad de seguir investigando los riesgos laborales de las enfermedades coronarias teniendo en cuenta la característica de género.

Prevención del estrés y de enfermedades relacionadas con el estrés

El informe de investigación de la Agencia Europea sobre el estrés relacionado con el trabajo (Cox *et al.*, 2000) llegó a la conclusión, sobre la base de pruebas científicas, de que el estrés relacionado con el trabajo puede abordarse del mismo modo que se abordan otras cuestiones en materia de salud y seguridad, a saber: mediante la adaptación del ciclo de control ya establecido para la evaluación y gestión de los riesgos físicos a la gestión del estrés laboral. Un segundo informe de la Agencia (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2002a), que se basa en un análisis de ejemplos de intervenciones en el lugar de trabajo y herramientas para prevenir el estrés laboral, presenta una serie de factores fundamentales para prevenir con éxito el estrés en el lugar de trabajo. Se trata de lo siguiente:

- fundamentación de la intervención en un análisis de riesgos adecuado;
- planificación exhaustiva y enfoque progresivo; incluida la fijación de objetivos claros y grupos destinatarios;
- combinación de medidas dirigidas al trabajo y medidas dirigidas al trabajador, dando prioridad a las intervenciones colectivas y organizativas para abordar los riesgos en su origen;
- soluciones específicas del contexto, donde la experiencia práctica de los trabajadores es un recurso vital para identificar los problemas y encontrar soluciones;
- cuando se recurre a expertos externos, debe tratarse de profesionales experimentados y de intervenciones basadas en pruebas;
- diálogo social, asociación y participación de los trabajadores;
- continuos esfuerzos de prevención y apoyo de la dirección.

Por tanto, como punto de partida, es fundamental analizar las tareas y actividades que hombres y mujeres llevan realmente a cabo, así como las condiciones y circunstancias reales de

su trabajo, al objeto de tener en cuenta todos los factores que podrían contribuir al estrés laboral. Las condiciones de trabajo de hombres y mujeres y sus experiencias no son idénticas, de modo que deberán hacer frente a exposiciones diferentes ante los mismos factores de estrés, y estarán expuestos a diferentes factores de estrés incluso en el mismo lugar de trabajo y en el mismo empleo. Esto también es fundamental para garantizar la participación efectiva de mujeres en el proceso. Asimismo, es importante entender el papel del género a la hora de planificar los programas de prevención del estrés, ya que, debido a la segregación laboral, hombres y mujeres se estresan por motivos distintos en el mismo lugar de trabajo. Hasta la fecha, son muchas las intervenciones que, al no haber tenido en cuenta la dimensión del género, no han producido unos resultados satisfactorios (véase, por ejemplo, Östlin, 2002). Por tanto, la evaluación de riesgos debería tener en cuenta factores de estrés tales como el acoso sexual, la discriminación o las responsabilidades familiares, así como aquellos que suelen presentarse en los trabajos tradicionalmente femeninos. Por ejemplo, se podría examinar el control que cada trabajador ejerce sobre su trabajo y las interrupciones imprevistas.

Muchos empresarios son conscientes de la necesidad de adoptar medidas para prevenir el estrés laboral. Tres informes de la Agencia (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2002a, 2002b, 2002e) describen ejemplos de buenas prácticas en materia de prevención del estrés en ámbitos laborales en los que predominan las mujeres. La experiencia demuestra que es posible intervenir y realizar mejoras en el ámbito laboral de los profesionales sanitarios y profesores (cuyo trabajo es de una gran exigencia emocional), conceder a los trabajadores por turnos más control sobre sus turnos y permitir una mayor autonomía, participación y control en el trabajo de los asistentes

sanitarios y de los teleoperadores, por ejemplo. Las intervenciones que pueden mejorar el equilibrio entre vida laboral y vida privada, incluso por lo que respecta a las mujeres trabajadoras con familiares y personas a su cargo, se describen en el apartado correspondiente.

Afrontamiento

La prioridad número uno en el ámbito del estrés laboral es evitar las fuentes de estrés. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento constituyen una parte integral del proceso de estrés. Estas representan un intento por gestionar las exigencias y pueden considerarse como una estrategia para la resolución de problemas. Es preciso que los modelos y estrategias que se adopten sean relevantes para la situación que se pretende abordar. Sin embargo, es probablemente el elemento menos conocido de la investigación sobre el estrés laboral, y se reconoce ampliamente la necesidad de disponer de más información sobre las estrategias de afrontamiento (Cox *et al.*, 2000).

Houtman y Van den Heuvel (2001) examinaron diversos estudios internacionales sobre el sexo y las diferencias de género en cuestiones como las

características físicas, la personalidad, el comportamiento y diversos aspectos de las estrategias de afrontamiento. Para ello, es necesario tener en cuenta las diferencias de género a la hora de afrontar las exigencias del trabajo. La mayoría de los estudios analizados solo examina las diferencias de género en relación con la capacidad de afrontamiento y sus consecuencias para la salud. Hay muy pocos estudios que investigan los efectos moderadores o de mediación de los indicadores de la capacidad de afrontamiento en la relación riesgo-consecuencia.

En un estudio sobre el estrés laboral realizado entre hombres y mujeres que ocupaban cargos directivos, Davidson *et al.* (1995) observaron que las mujeres eran más propensas que los hombres a adoptar estrategias de afrontamiento positivas, por ejemplo recurriendo en mayor medida al apoyo social y a estrategias de trabajo.

Teniendo en cuenta los cambios demográficos que experimenta la población activa, la capacidad de los trabajadores de más edad para hacer frente al trabajo ha empezado a ser objeto de debate, en particular en lo que se refiere a los cambios en el lugar de trabajo, como la introducción de nuevas tecnologías o nuevos

Recuadro 20. Ejemplo de una intervención de afrontamiento en un departamento gubernamental británico

En una Administración pública con más de 25 000 trabajadores se puso en marcha un programa de gestión del estrés. Se acababa de producir un cambio estructural en la organización y la satisfacción de los trabajadores había decaído, al tiempo que habían aumentado los niveles de estrés. Con su intervención, Whatmore *et al.* (1999) pretendían mejorar la capacidad de afrontamiento de los trabajadores. En total participaron en el estudio 270 miembros del personal (157 de los cuales eran mujeres). Se sometieron a examen tres áreas: educación y sensibilización, ejercicio y reestructuración cognitiva. Transcurridos tres meses, se observaron mejoras por lo que

se refiere a los participantes en los programas de ejercicio y en los cursos de formación y sensibilización, efecto que seguía observándose en los programas de ejercicio transcurridos seis meses. Sin embargo, el programa de reestructuración cognitiva no produjo resultados positivos. Las variables organizativas tales como la satisfacción con el trabajo y el compromiso en la empresa no se vieron afectadas por las intervenciones. La tasa de absentismo por enfermedad se redujo en el grupo de ejercicio, pero aumentó en los demás grupos. A modo de conclusión, los investigadores sostienen que las intervenciones específicas de gestión del estrés pueden producir mejoras, pero que a fin de mantener estas mejoras es preciso identificar y minimizar los factores organizativos de estrés.

Fuente: Whatmore *et al.* (1999).

métodos de trabajo. Este debate no solo aborda el estrés, sino todos los aspectos del trabajo. Un estudio realizado en este ámbito demostró que los trabajadores de más edad tienden a ser considerados como un grupo homogéneo y que se ha prestado poca atención a las posibles diferencias de género. No obstante, por ejemplo, hay mayor probabilidad de que una mujer trabajadora de más edad tenga que asumir la responsabilidad de cuidar de su pareja enferma o de familiares. Asimismo, este estudio también demostró que ni los estudios de investigación ni las políticas tienen en cuenta a las trabajadoras de más edad (mayores de 45 años) (Doyal, 2002). Esta cuestión se aborda más adelante.

¿Por qué las mujeres no sufren más estrés laboral?

Dado que muchas de las causas del estrés son características de los trabajos en los que predominan las mujeres, y teniendo en cuenta las presiones adicionales que suponen las tareas domésticas, cabe preguntarse por qué las mujeres no sufren más estrés. Ya se ha mencionado el hecho de que las mujeres suelen recurrir con más frecuencia al apoyo social y a mecanismos de afrontamiento orientados al empleo, y que sacan mejor partido de estos recursos. Las pruebas científicas señalan asimismo que la salud física y mental de las mujeres trabajadoras, con o sin hijos, es mejor que la de las mujeres que no trabajan (por ejemplo, Rout *et al.*, 1997). Las mujeres casadas con niños y que trabajan son las que gozan de mejor salud entre todas las mujeres (por ejemplo, Kivelä y Lahelma, 2000). Dicho de otro modo: si bien la vida laboral puede aumentar el estrés, también permite establecer contactos sociales y obtener otras ventajas que no ofrece el hogar. El trabajo remunerado tiene una serie de implicaciones emocionales y sociales positivas que contribuyen al bienestar, y repercute positivamente en el bienestar económico (Bildt Thorbjörnsson y Lindelöw, 1998).

Mejoras en el ámbito de la investigación y prioridades para el futuro

El informe de la Agencia Europea sobre el estrés relacionado con el trabajo estableció una serie de ámbitos que precisan ulteriores investigaciones, a saber: las intervenciones contra el estrés y la gestión del estrés en la empresa; nuevas formas de trabajo tales como el teletrabajo; y la capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés. Asimismo, el informe concluyó que es necesario situar el estrés laboral en el contexto de otras cuestiones interrelacionadas como el género, y que esto es esencial para obtener una perspectiva completa en relación con la gestión del estrés en el trabajo (Cox *et al.*, 2000).

Aunque en muchos estudios se analizan las cuestiones de género como una variable y pese a que la mayoría de los instrumentos de encuesta incluyen escalas que examinan los factores que provocan estrés o que lo moderan —como las exigencias laborales y el control y las relaciones con los compañeros de trabajo—, muy pocos hacen referencia a las condiciones de trabajo más comunes en el caso de las mujeres —como las condiciones de trabajo incompatibles con las responsabilidades familiares, el acoso sexual, la discriminación y el trabajo «invisible» (Messing, 2000)—. Hay algunas pruebas que demuestran la existencia de diferencias de género incluso en estos factores «clásicos»; por ejemplo, según algunos estudios, el apoyo social es un amortiguador o moderador del estrés que tiene un efecto más potente en las mujeres que en los hombres (American Psychological Association, 1996). Estas diferencias de género y sus implicaciones merecen ser objeto de un minucioso análisis. Asimismo, la prevalencia y el impacto sobre la salud de los factores de estrés específicos de las mujeres y los grupos étnicos o minoritarios no se han estudiado con detenimiento.

De nuevo, como ocurre con otras cuestiones en materia de salud, la investigación se ve impedida en aquellos casos en los que las enfermedades no

se consideran relacionadas con el trabajo, de modo que no se recopilan datos, o en los que existen discrepancias en relación con su clasificación. Por ejemplo, en los Países Bajos se ha introducido un sistema de clasificación (codificación CAS) que considera el síndrome de estar quemado como una subcategoría de los trastornos mentales. No obstante, los médicos especialistas en salud laboral y los médicos de familia no se ponen de acuerdo sobre la clasificación de un problema de salud mental (síndrome de estar quemado o depresión) (Houtman *et al.*, 2002).

Lesiones y estrés derivados de la violencia relacionada con el trabajo ejercida por el público

Puntos fundamentales

- Tanto hombres como mujeres sufren episodios de violencia relacionada con el trabajo. Las mujeres presentan un mayor grado de exposición, puesto que esta está estrechamente relacionada con el trabajo asociado al «trato con el público».
- Las víctimas no son las únicas afectadas, también hay testigos y otras personas atemorizadas en el trabajo.
- Las consecuencias son muy variadas, desde la muerte hasta lesiones físicas, pasando por el estrés.
- Las medidas que las empresas pueden adoptar para evitar la violencia laboral están bien documentadas. Se requiere un mayor número de buenas prácticas de investigación y prevención por sectores, así como un mayor flujo de intercambio de información.
- No todos los países incluyen los incidentes violentos en las cifras oficiales de accidentes laborales.
- A la hora de recopilar los datos, es importante distinguir entre incidentes violentos provocados por el público y el acoso por parte de compañeros.

La Comisión Europea define la violencia en el trabajo como «incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, que pongan en peligro, explícita o implícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud». Esta definición abarca tanto las agresiones verbales como las físicas, los ataques físicos, robos, amenazas, gritos y agresiones de tipo verbal (Wynne *et al.*, 1997). Además de provocar lesiones, la violencia relacionada con el trabajo constituye una fuente importante de estrés. En comparación con los hombres, las mujeres sufren más estrés posttraumático a raíz de un incidente violento, por ejemplo un robo (Yehuda, 2002).

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 4 % de la población activa afirma haber sido víctima de actos de violencia física por parte de personas ajenas al trabajo en los últimos 12 meses, siendo mayor el número de mujeres (Paoli y Merllié, 2001; véase asimismo Cooper *et al.*, 2003). Muchos otros afirman haber sufrido amenazas e insultos u otras formas de agresión psicológica. Por ejemplo, según una encuesta sueca, el 17 % de las mujeres y el 9 % de los hombres estuvieron expuestos a incidentes violentos o se sintieron amenazados en el lugar de trabajo en 1997 (citado en Menckel, 2001). El abuso o la intimidación pueden conllevar el acoso sexual o racial.

El temor a la violencia está muy extendido y constituye un problema por derecho propio, especialmente en trabajos de alto riesgo, y los que presencian incidentes violentos pueden verse perjudicados (Cooper *et al.*, 2003). Este hecho aumenta considerablemente el tamaño de la población afectada. Según Fagan y Burchell (2002), los datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo son «ciertamente una subestimación de los porcentajes verdaderos de intimidación, acoso y discriminación, dado el carácter restringido de la pregunta que se formula en la encuesta».

Según Cooper *et al.* (2003), es necesario distinguir entre las distintas formas de violencia, ya que «las mujeres están representadas en exceso entre las víctimas de la violencia física y la intimidación (mientras los hombres se exponen con más frecuencia a actos de violencia física y agresión). Las posibles diferencias entre hombres y mujeres en su predisposición a aceptar y etiquetar su experiencia como violencia o acoso influirán en estos resultados».

No obstante, los incidentes violentos en el lugar de trabajo pueden provocar lesiones e incluso la muerte de las mujeres trabajadoras. En los Estados Unidos, el homicidio es la principal causa de mortalidad femenina en el lugar de trabajo y representa el 40 % del número total de muertes de mujeres trabajadoras en el lugar de trabajo. Estos homicidios suelen estar relacionados principalmente con robos y ocurren a menudo en tiendas de alimentación y comercios abiertos las 24 horas del día, establecimientos de comida y bebida así como en estaciones de servicio/gasolineras (NIOSH, 2001). En los Estados Unidos, el nivel de este tipo de delitos está relacionado con un mayor uso de armas de fuego en incidentes violentos, en comparación con los países de la Unión Europea. En esta se han dado algunos casos de personal sanitario asesinado por pacientes en tratamiento psiquiátrico, un agente inmobiliario de los servicios sociales asesinado por un cliente, e incidentes de personas furiosas y perturbadas que entran en escuelas con armas de fuego.

En algunos países de la UE, los incidentes de violencia en el lugar de trabajo escapan al ámbito de los incidentes que pueden denunciarse ante la ley y, por tanto, no quedan registrados a nivel nacional (Cooper *et al.*, 2003), lo que significa que las lesiones relacionadas con el trabajo no se tienen debidamente en cuenta en las estadísticas nacionales y que no existe suficiente información para adoptar medidas de prevención. Por ejemplo, Saurel-Cubizolles *et al.* (2002) realizaron un estudio en el sector sanitario movidos por la idea de

Recuadro 21. Mujeres policía, en la línea de fuego

Según un estudio realizado entre mujeres policía finlandesas en 1998, el 24 % había sido víctima de violencia física en el trabajo y el 22 % había sufrido heridas en un ataque. Casi la mitad de las mujeres policía había recibido amenazas directas, y el 21 %, por teléfono. Habían sufrido acoso sexual verbal (chistes sexistas y comentarios ofensivos) por parte de personas ajenas y de compañeros de trabajo. Los resultados de la investigación indican que la violencia y el acoso sexual pueden vincularse con el estrés laboral y el síndrome de estar quemado.

Fuente: Kauppinen y Patoluoto (en prensa).

que se trataba de un problema significativo y por la falta de datos sobre la magnitud real del problema (véase asimismo Semat, citado en Vogel, 2002). Por otro lado, algunos estudios y diversas actividades de recopilación de datos no distinguen con claridad los incidentes violentos por parte de personas ajenas al trabajo del acoso perpetrado por los propios compañeros, si bien se trata de dos cuestiones distintas.

El mayor riesgo que corren las mujeres de ser objeto de actos violentos por parte de personas ajenas al trabajo está ligado, al menos parcialmente, a la segregación laboral, ya que suele haber una gran presencia de mujeres en trabajos de alto riesgo con respecto a esta cuestión de la violencia, como la enfermería, la asistencia social y la enseñanza. La violencia en el lugar de trabajo está extendida a todas las profesiones en las que los trabajadores tratan con el público. Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 64 % de las mujeres frente al 48 % de los hombres afirmó que en su trabajo tenían que tratar con clientes, alumnos, pacientes, etc. durante al menos la mitad del tiempo (Fagan y Burchell, 2002). En el recuadro 22 se enumeran algunas profesiones y factores de riesgo.

Los trabajos desempeñados mayoritariamente por mujeres suelen caracterizarse por el «trato con el público». Las mujeres que ocupan pue-

Recuadro 22. Violencia relacionada con el trabajo: riesgos y consecuencias

Entornos de riesgo:

- Sector servicios y, en particular, las organizaciones en los sectores de la salud, el transporte, el sector minorista, los servicios de alimentación, las finanzas y la enseñanza.

Entre las profesiones de riesgo se incluyen:

- Enfermeras y otros profesionales sanitarios
- Conductores de autobús • Cajeros (incluidos en bancos y comercios)
- Controladores de aparcamientos
- Trabajadores sociales y otros profesionales que prestan servicios sociales
- Personal de restaurantes y bares

Factores de riesgo:

- Contacto con clientes o usuarios

- Actividades de «ejecución»
- Trabajo en solitario o con pocos compañeros
- Manejo de dinero

Las consecuencias para el trabajador varían considerablemente:

- Desmotivación y falta de orgullo a la hora de realizar el trabajo propio
- Estrés (incluido para la víctima indirecta, el testigo del acto violento o incidente)
- Lesión o incluso muerte
- Problemas de salud físicos o psicológicos
- Síntomas postraumáticos como miedo, fobias y trastornos del sueño
- Trastornos de estrés postraumático en casos extremos

Fuentes: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002c); NIOSH; Cooper *et al.* (2003).

tos directivos y que desempeñan trabajos cualificados tienden a «tratar más con el público» que los hombres en estas mismas categorías. Buen ejemplo de ello es el trabajo de una enfermera: mientras que una enfermera cualificada trabaja directamente con el paciente en planta, un enfermero tendrá mayor probabilidad de trabajar en la unidad de cuidados intensivos, en el quirófano o como jefe del departamento. En otras palabras, normalmente un enfermero tiene menos contacto con el paciente que una enfermera (Dassen *et al.*, 1990).

Los más jóvenes también corren más riesgo que las personas mayores (Cooper *et al.*, 2003). Por ejemplo, según la encuesta británica de población activa de 1995, el 8 % de las mujeres trabajadoras afirmó haber sido atacada físicamente por una persona ajena a su trabajo a lo largo de su vida profesional (y este porcentaje supera el 10 % entre las mujeres trabajadoras de edades comprendidas entre los 25 y los 34 años), y casi el 5 % de las mujeres trabajadoras afirmó haber sido amenazada con violencia física. En ambos casos, el porcentaje de mujeres era un

20-30 % superior al de los hombres. El factor de la edad puede deberse a la segregación laboral, siendo los más jóvenes los que más contacto directo tienen con personas ajenas al trabajo, a lo que habría que añadir su escasa experiencia y falta de autoridad en el trabajo, por ejemplo para resolver el problema de un cliente.

Asimismo, cabe señalar que existen numerosas diferencias por países en relación con los datos sobre la violencia en el trabajo. Las diferencias por países en cuanto al contexto social y económico, como los niveles generales de delincuencia, el cambio económico y social, la presencia y, en algunos países, el aumento del sector económico informal, podrían afectar a los tipos y niveles de violencia (Cooper *et al.*, 2003).

Un estudio italiano sobre el sector de la asistencia psiquiátrica detectó importantes carencias en la notificación de incidentes, a pesar de las consecuencias de las agresiones para la salud física y psicológica del personal (Magnavits, 2002). En algunos trabajos, la violencia puede considerarse como «parte del trabajo» o puede haber reticen-

cia a culpar al perpetrador. Las denuncias también serán escasas si las víctimas temen ser culpadas, si no es probable que se adopten medidas preventivas o si no existe ningún sistema de denuncia. Según se desprende del estudio, las enfermeras ocupaban los primeros puestos, y entre los incidentes a los que se enfrentan se incluyen arañazos, escupitajos, golpes, patadas y puñetazos.

El sexo del agresor en un incidente violento puede desempeñar un papel fundamental a la hora de fomentar o desalentar la violencia, dependiendo de varias circunstancias. Algunas pruebas de investigación indican que, por ejemplo, las mujeres policía suelen ser menos autoritarias y suelen recurrir menos a la fuerza que sus compañeros varones, tienen más maña a la hora de disuadir posibles confrontaciones violentas, po-

Recuadro 23

Acción internacional contra la violencia en el sector sanitario

La violencia en el sector sanitario constituye un gran problema a escala mundial y afecta al 50 % de los profesionales sanitarios. El personal de ambulancias y de emergencias es el que más riesgos corre de sufrir ataques violentos. Las enfermeras tienen una probabilidad tres veces mayor de experimentar violencia en el lugar de trabajo en comparación con otros grupos de profesionales. Aunque tanto hombres como mujeres se ven afectados por la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario, la mayoría de trabajadores en este sector son mujeres. Entre las fuentes de violencia se incluyen los pacientes bajo los efectos del alcohol o las drogas —por ejemplo en urgencias—, pacientes cuyo comportamiento se ve afectado por la medicación que están tomando, por su enfermedad o lesiones, o pacientes o familiares enfadados o frustrados. Los grandes hospitales situados en zonas suburbanas, densamente pobladas o con un elevado índice de delincuencia, así como aquellos situados en zonas aisladas, corren un riesgo particular. En muchos países no existen procedimientos de notificación y los perpetradores no comparecen ante la justicia. A raíz de ello, un grupo de trabajo conjunto sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario, formado por representantes de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), la OMS (Organización Mundial de la Salud), la ISP (Internacional de Servicios Públicos) y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), desarrolló una serie de directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario, basadas en estudios de caso, entre ellos uno de Portugal, uno de Bulgaria y otros de diferentes Estados miembros, y en experiencias internacionales. Estas directrices pretenden ser una herramienta de ayuda para los responsables de la seguridad laboral y servir de guía para las iniciativas internacionales, nacionales y locales. Se espera asimismo que la OIT adopte el «Repertorio de reco-

mendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente» en octubre de 2003.

Fuentes: OIT *et al.* (2002a); OIT (2002b); Cooper y Swanson (2002); Di Martino (2002).

Un hospital toma medidas para prevenir la violencia contra el personal

Una encuesta mostró que en un hospital neerlandés la mayor parte de los incidentes se producía en la recepción o centralita, en urgencias o en la planta de psiquiatría, y durante los fines de semana, por las tardes y en el turno de noche. Un grupo de trabajo, formado por trabajadores y miembros de la dirección, analizó las medidas necesarias. Se acordó un plan de acción con el comité de empresa y el consejo ejecutivo, que incluía dotar al personal con alarmas destinadas a alertar al personal de seguridad y establecer una estrecha cooperación con la policía para que esta interviniera en los incidentes cuando fuera necesario y para que proporcionara al personal hospitalario información sobre posibles pacientes problemáticos. Se introdujo un sistema de tarjetas amarillas y rojas para informar a los agresores de su comportamiento inadmisibles y, en casos graves, prohibirles la entrada al hospital. Se distribuyeron carteles y folletos en los que se describía esta política en hospitales, centros comunitarios y otros lugares públicos; asimismo se publicaron anuncios en la prensa local para dar a conocer a la opinión pública esta política. También se instalaron pantallas para informar a los pacientes en las salas de espera.

Estas medidas se complementaron con cursos de formación dirigidos al personal, asesoramiento e intercambios periódicos de puntos de vista en las reuniones de personal.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002b).

seen mejores aptitudes comunicativas y responden más eficazmente a los incidentes de violencia contra las mujeres (página web del National Centre for Women and Policing). La presencia de una mujer también puede tener una influencia «educativa» sobre el comportamiento de agresores potenciales, y existen algunas pruebas no científicas que respaldan esta teoría, como por ejemplo el caso del personal de ambulancias, únicamente masculino o mixto, donde la inclusión de una mujer parece tener un efecto apaciguador. Por otro lado, las oficiales de policía pueden suscitar comportamientos agresivos en algunas situaciones, y algunos estudios indican que las oficiales de policía preferirían hacer frente a una situación difícil emparejadas con un hombre antes que con otra mujer (Nuutinen *et al.* 1999).

Los pasos para prevenir con éxito la violencia relacionada con el trabajo están bien documentados. No existe legislación comunitaria específica en esta materia, aunque esta cuestión queda contemplada en los requisitos generales para la evaluación y prevención de riesgos en el marco legislativo de la UE, y los Estados miembros han adoptado una serie de medidas a título individual.

Es muy recomendable seguir investigando y desarrollando buenas prácticas en sectores, profesiones y tipos de violencia específicos (Cooper *et al.*, 2003).

Consecuencias del acoso sexual a manos de compañeros

Puntos fundamentales

- El acoso sexual constituye un factor de estrés en el lugar de trabajo que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres.
- Compartir e intercambiar legislación, políticas y buenas prácticas actuales contribuirá a la aplicación de la Directiva modificada del Consejo que contempla el acoso sexual en el trabajo.

Cada vez son más quienes consideran que el acoso sexual constituye una afrenta a la dignidad en el trabajo (Cooper *et al.*, 2003; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). El código de buenas prácticas de la Comisión Europea define el acoso sexual como «la conducta no deseada de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo». La definición incluye: comportamiento no deseado, impropio u ofensivo; comportamiento que influye en las decisiones relativas al trabajo; comportamiento que crea un entorno de trabajo intimidatorio, hostil o humillante. Entre las formas de acoso sexual se incluyen: verbal, por ejemplo bromas sexuales; no verbal, por ejemplo mirar fijamente; y físico, por ejemplo, contacto físico no deseado (Comisión Europea, 1991; Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales, 1998).

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 2 % de los encuestados ha sufrido acoso sexual en los últimos 12 meses. Esta cifra se multiplica por dos en los países nórdicos, hecho que probablemente está relacionado con la mayor sensibilización de la opinión pública. La exposición de las mujeres a estas prácticas es mayor que la de los hombres (4 % frente a un 2 %), y el porcentaje es más elevado en el caso de los trabajadores cedidos por empresas de trabajo temporal que en el de los trabajadores por cuenta ajena (Paoli y Merllié, 2001).

Según diversos estudios europeos, aproximadamente entre el 30 % y el 50 % de las mujeres han experimentado algún tipo de acoso sexual o comportamiento sexual no deseado en el lugar de trabajo, en comparación con el 10 % de los hombres. Asimismo, los hombres consideran el acoso sexual como menos ofensivo y sufren consecuencias menos negativas (Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales, 2002a). Las jóvenes y las mujeres en trabajos dominados por hombres sufren más acoso sexual (Kauppinen, 1999b).

A pesar de ser algo frecuente, los delitos sexuales en el trabajo no se denuncian en muchos casos por factores como el miedo a perder el trabajo, ser considerado la parte culpable o verse empujado al ostracismo social por los propios compañeros (Cooper *et al.*, 2003). Véase asimismo el comentario que se incluye en el apartado dedicado a la violencia en relación con la subestimación del problema en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo.

El acoso sexual puede tener consecuencias negativas tanto para la víctima como para la empresa. Se trata de un reconocido factor de estrés relacionado con el trabajo que puede tener consecuencias perjudiciales sobre la salud y el bienestar de los trabajadores afectados y sobre su motivación y satisfacción con respecto al trabajo. También pueden verse afectados su carrera profesional y su rendimiento en el trabajo, y los trabajadores pueden acabar solicitando una baja por enfermedad. El acoso sexual tiene un efecto desmoralizador sobre el ambiente general en el trabajo (Kauppinen, 1999b). Los empleados sufren menos acoso sexual y experimentan más satisfacción en el trabajo en empresas que se caracterizan por un clima social positivo y abierto (Herbert, 1999).

Recuadro 24. Elementos clave de las políticas laborales de lucha contra el acoso sexual

- Una definición contextual clara de acoso sexual
- Medidas concretas de prevención
- Un procedimiento de denuncia y designación de un responsable de denuncias
- Protección y apoyo para los trabajadores que han sido objeto de acoso
- Sanciones para las personas que han sido declaradas culpables de acoso
- Iniciativas de apoyo, tales como programas de formación especiales destinados a aumentar la sensibilización ante el problema y dotar de medios a los responsables de aplicar los procedimientos.

Fuente: Bleijenbergh *et al.* (1999).

Existe la convicción de que las empresas deben contar con políticas y procedimientos de prevención para hacer frente al acoso sexual (Bleijenbergh *et al.*, 1999; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). La evaluación de riesgos del estrés debería incluir el acoso sexual. En el recuadro 24 se recogen algunos elementos fundamentales que deberían incluirse en dichas políticas preventivas. La Directiva europea modificada sobre igualdad de trato (Directiva 2002/73/CE del Consejo, que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo) considera el acoso sexual en el trabajo como una forma de discriminación y, por tanto, lo prohíbe y exige a los Estados miembros que tomen medidas para prevenirlo. Entrará en vigor en 2005 y, si se aplica plenamente en los Estados miembros, contribuirá en buena medida a prevenir un importante factor de estrés en el lugar de trabajo que afecta a las mujeres. Hay varios ejemplos de prácticas y enfoques jurídicos en materia de prevención. Por ejemplo, Kauppinen (1999b) describe cómo el acoso sexual puede incluirse en los planes para la igualdad en el lugar de trabajo. Asimismo existen numerosos ejemplos de directrices dirigidas a prevenir esta forma de discriminación. Las directrices orientadas específicamente hacia determinados trabajos pueden ser útiles, y un ejemplo de ello sería una guía destinada a evitar el acoso sexual en el deporte (Tiihonen y Koivisto, 2002). El intercambio de información sobre prácticas actuales, tanto dentro como fuera de la UE, contribuirá a la aplicación de la Directiva.

Consecuencias de la intimidación en el trabajo

Puntos fundamentales

- Las mujeres son más susceptibles de sufrir intimidación en el trabajo. La segregación en función del género (la concentración de mujeres en el sector público, donde la intimidación prevalece más) es uno de los motivos que probablemente contribuyen a este fenómeno.

Recuadro 25

El acoso moral o psicológico en el lugar de trabajo puede definirse como un comportamiento irracional repetido con respecto a un empleado o grupo de empleados, que constituye un riesgo para la salud y la seguridad.

En esta definición:

Por «comportamiento irracional» se entiende el comportamiento que una persona razonable, teniendo en cuenta todas las circunstancias, consideraría que discrimina, humilla, debilita o amenaza.

El término «comportamiento» incluye las acciones de personas o de un grupo. Puede utilizarse un sistema de trabajo como medio para discriminar, humillar, debilitar o amenazar; «riesgo para la salud y la seguridad» incluye el riesgo para la salud mental o física del empleado. El acoso moral suele constituir

un mal uso o un abuso de autoridad, cuyas víctimas pueden tener dificultades para defenderse.

Las consecuencias del acoso moral pueden ser significativas para la víctima.

Los síntomas físicos, mentales y psicosomáticos de la salud están bien claros; por ejemplo, estrés, depresión, falta de autoestima, sentimientos de culpabilidad, fobias, trastornos del sueño, problemas digestivos y musculoesqueléticos. El trastorno del estrés posttraumático, parecido a los síntomas que aparecen después de otras experiencias traumáticas, como desastres y agresiones, también es habitual entre las víctimas del acoso moral. Estos síntomas pueden durar años después de los incidentes. Otras consecuencias pueden ser el aislamiento social, problemas familiares y económicos a causa del absentismo laboral o el despido.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002d).

- La elaboración y el intercambio de directrices, buenas prácticas y materiales de formación entre Estados miembros sería una herramienta útil de prevención, así como el entendimiento común entre Estados miembros.
- La Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo no distingue claramente entre intimidación por parte de personas ajenas al trabajo e intimidación a manos de compañeros. Convendría que la encuesta preguntara por separado por ambas fuentes y que examinara cuestiones como la violencia, la intimidación y el acoso sexual con más detalle.

La intimidación, el acoso y el hostigamiento psicológico o moral son distintos términos que se emplean para describir un comportamiento intimidatorio entre compañeros en el trabajo.

La Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo indica que las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir intimidación y acoso en el trabajo que los hombres (un 10 % frente a un 7 % afirmó haber sido objeto de estas prácticas en los últimos 12 meses). Estas cifras suponen un ligero aumento con respecto a la encuesta de 1995. Existen grandes diferencias entre países (desde el 15 % de trabajadores que sufren intimi-

dación en Finlandia hasta el 4 % en Portugal), que probablemente reflejan la sensibilización acerca de esta cuestión más que la realidad (véase asimismo el comentario que figura en el apartado dedicado a la violencia en relación con la subestimación del problema en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo). Según otras encuestas, aproximadamente entre el 5 % y el 10 % de la población se considera intimidada en algún momento y un porcentaje sustancialmente mayor está regularmente expuesto a un comportamiento que podría describirse como intimidatorio, sin sentirse necesariamente víctima del mismo (Cooper *et al.*, 2003).

La segregación laboral puede explicar, una vez más, por qué las mujeres están en general más expuestas, ya que aparentemente existe mayor riesgo de intimidación y acoso psicológico en el sector público, dominado por las mujeres, en comparación con el sector privado (Cooper *et al.*, 2003). En muchos estudios, que se suelen limitar a un tipo de sector o lugar de trabajo, una vez que se ha tenido en cuenta la composición por géneros de la población activa, las mujeres no parecen estar más expuestas que los hombres (véase, por ejemplo, Di Martino *et al.*, 2002; Vartia, 2003).

Algunas encuestas han demostrado que hay mayor probabilidad de que los hombres sean los autores del acoso psicológico, aunque esto se debe a que son los hombres los que suelen ocupar cargos directivos (por ejemplo, Unison, 1997). Según se desprende de una importante encuesta realizada en Irlanda, en el 45,3 % de los casos los responsables del acoso eran supervisores o directores solteros (Health and Safety Agency, 2001). El acoso psicológico en el trabajo responde a un abuso de autoridad y, en este sentido, cabe señalar que los directores que intimidan a sus subordinados constituyen una fuente importante de acoso. Esto incluye a los altos cargos que acosan a los directivos de menor rango. Tanto hombres como mujeres pueden acosar y ser acosados.

Existe la convicción de que los factores que facilitan el acoso están relacionados con la cultura del lugar de trabajo y con la organización del trabajo. Por ejemplo, un análisis de los datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (Daubas-Letourneux y Thébaud-Mony, 2002) indica que prevalecen los altos niveles de acoso entre hombres y mujeres cuando se espera que los empleados trabajen en situaciones laborales muy flexibles, que pueden caracterizarse por un cliente o un ritmo de trabajo marcado por los beneficios y unos procedimientos de control de la calidad exigentes (véase asimismo Piispa y Saarela, 1999; Menckel, 2001). El acoso también es característico de organizaciones jerárquicas grandes y mal dirigidas en las que existen muchas presiones en el trabajo, como en el sector sanitario (Sutela, 1999). Sin embargo, el comportamiento de acoso concreto como la coacción o el menosprecio (comentarios, etc.) puede centrarse en características particulares de la persona acosada, por ejemplo relacionadas con el género, o puede depender del tipo de trabajo que la víctima de acoso realiza; por ejemplo, las personas que sufren acoso en cargos directivos, generalmente hombres, suelen estar sujetos a unos plazos imposibles de cumplir, en comparación con los demás trabajadores (Vartia, 2003).

Como se ha mencionado anteriormente, las encuestas indican que existe una mayor incidencia de situaciones de intimidación en los sectores de la Administración pública, la enseñanza, la sanidad y el trabajo social, así como en los servicios financieros, en los que prevalecen las mujeres. También se señala que la intimidación está relacionada asimismo con el cambio organizativo, y estos sectores no solo presentan las características anteriormente descritas, sino que a menudo han sido objeto de cambios empresariales recientes.

La exposición a la intimidación está asociada con niveles elevados de estrés (Daubas-Letourneux y Thébaud-Mony, 2002). La intimidación afecta al bienestar físico y psicosocial, aumenta el absentismo por enfermedad y puede conllevar un cambio de trabajo. Los pensamientos suicidas son bastante frecuentes en los casos más graves (Cooper *et al.*, 2003).

La actuación europea en este ámbito reducirá una fuente de estrés laboral que afecta a más mujeres que hombres. La Guía de la Comisión Europea sobre el estrés relacionado con el trabajo (Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales 2000b) se refiere a la intimidación como una fuente de estrés. El Parlamento Europeo ha exhortado a los Estados miembros a que revisen y, en su caso, complementen su legislación actual, y a que revisen y normalicen la definición de intimidación, con vistas a luchar contra la intimidación y el acoso sexual en el trabajo. Aunque muy pocos Estados miembros cuentan con legislación específica sobre la intimidación, otros están estudiando la posibilidad de introducirla y algunos países han adoptado medidas reglamentarias mediante estatutos, guías y resoluciones. La elaboración y el intercambio de directrices, buenas prácticas y materiales de formación entre Estados miembros podrían contribuir en gran medida a orientar las acciones, así como a lograr un entendimiento común entre los Estados miembros (Cooper *et al.*, 2003).

Recuadro 26

Entre los aspectos fundamentales de las políticas efectivas aplicadas en el lugar de trabajo para prevenir las interacciones sociales negativas se incluyen los siguientes:

- compromiso del empresario y los trabajadores para impulsar un entorno libre de intimidación;
- explicar los tipos de acciones que son aceptables y los que no lo son;
- establecer las consecuencias que acarrea el incumplimiento de las normas y valores de la organización y las sanciones previstas;
- indicar dónde y cómo pueden las víctimas obtener ayuda;
- compromiso para garantizar el derecho a quejarse «sin represalias»;
- explicar el procedimiento para formular una queja;
- especificar la función del director, supervisor, compañero de contacto o apoyo y representantes sindicales;
- datos de servicios de asesoramiento y ayuda a disposición de la víctima y del acosador;
- mantenimiento de la confidencialidad.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002d).

Trabajo y violencia doméstica

El problema de la violencia doméstica no incide en el ámbito de estudio del presente informe. No obstante, las mujeres están más expuestas que los hombres, y este problema puede llegar al lugar de trabajo. Las víctimas pueden sufrir problemas de salud física o psicológica, pudiendo afectar a su rendimiento en el trabajo y favorecer el absentismo laboral. Asimismo, la persona que amenaza a su pareja puede, por ejemplo, llamar por teléfono, enviar correos electrónicos o enviar mensajes de texto, e incluso visitar a la víctima en el lugar de trabajo. Esto no solo afectará a la ejecución de las tareas, sino también al ambiente general del lugar de trabajo [página web de la Comisión Europea (a); página web End abuse; Miller y Downs, 2000; Valls-Llobet *et al.*, 1999].

Enfermedades infecciosas

Puntos fundamentales

- Las mujeres padecen más enfermedades infecciosas relacionadas con el trabajo que los hombres.
- En sectores como el sanitario, en el que hay una alta concentración de mujeres, el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas es mayor.
- Las infecciones menos graves contraídas en el trabajo que causan absentismo por enfermedad —por ejemplo, las contraídas por aquellos que trabajan con niños— no suelen ser reconocidas como enfermedades relacionadas con el trabajo, ni tampoco suelen registrarse.

Según la Encuesta de población activa de la UE, las mujeres padecen más enfermedades infecciosas relacionadas con el trabajo que los hombres en la mayor parte de los Estados miembros (excepto en Dinamarca, España y Portugal). Las enfermedades infecciosas constituyen la quinta dolencia más grave relacionada con el trabajo que sufren las mujeres, y la octava más grave en el caso de los hombres (Dupré, 2002).

Los trabajadores del sector sanitario, las escuelas y guarderías, así como aquellos que desempeñan otros trabajos que implican un contacto con terceras personas ajenas al trabajo, pueden estar expuestos a enfermedades infecciosas. Algunas infecciones pueden transmitirse de los animales a los humanos. Entre los que se encuentran en situación de riesgo de exposición cabe mencionar a los trabajadores agrícolas, los veterinarios y los que trabajan con animales de laboratorio. La segregación de las mujeres en el sector asistencial y otros sectores de servicios, en particular, significa que están más expuestas a enfermedades infecciosas en el trabajo. Por ejemplo, un estudio del sector sanitario realizado en nueve Estados miembros señaló los agentes biológicos como un factor principal de riesgo (Verschenuren *et al.*, 1995).

Entre los riesgos biológicos para los trabajadores sanitarios y sociales se incluye toda una serie de enfermedades infecciosas, tanto de menor gravedad como otras que pueden constituir una amenaza para la salud.

Estos trabajadores pueden entrar en contacto con sangre o fluidos corporales infectados —incluidas las heces y la orina—, así como contraer infecciones transmitidas a través del aire. Entre las infecciones graves de sangre cabe mencionar las hepatitis B y C y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aunque hasta la fecha se han registrado relativamente pocos casos de transmisión del VIH relacionados con el trabajo (recuadro 27). Los accidentes con agujas hipodérmicas infectadas u otros objetos punzantes contaminados constituyen una forma de transmisión de infecciones por la sangre. Estos incidentes con agujas intimidan emocional y físicamente, ya que pueden implicar una posible exposición a infecciones graves y hasta mortales. Las infecciones

transmitidas por vía fecal incluyen la hepatitis A y la disentería, mientras que la tuberculosis se transmite por el aire. No solo el personal de enfermería está expuesto a agentes biológicos, sino toda una serie de profesiones y de personal de apoyo que asisten a los pacientes directamente, así como otros profesionales como los de la limpieza, lavandería y los responsables del trabajo de laboratorio o del tratamiento de residuos clínicos.

La sarna también es una infección común en el sector asistencial: por ejemplo, en 2001 se registraron en Finlandia 109 casos de sarna relacionados con el trabajo entre trabajadoras del sector sanitario, y solo 8 casos en hombres (Amattitaudit, 2001). Esta distribución desigual de la enfermedad entre hombres y mujeres refleja, una vez más, los distintos tipos de trabajos realizados, incluso dentro de un mismo sector.

Los que trabajan con niños pequeños están más expuestos a resfriados comunes, infecciones estomacales y diversas infecciones asociadas con la infancia, tales como la varicela, que puede ser más grave en los adultos.

Además de las consecuencias sobre la salud del trabajador, algunas enfermedades pueden afectar al feto de las trabajadoras embarazadas, como la rubeola.

Gran parte de las infecciones menores que algunos trabajadores pueden contraer en el trabajo, por ejemplo profesores o enfermeras, no suelen reconocerse oficialmente como enfermedades laborales y, por tanto, no se reflejan en las cifras de absentismo laboral.

Asma, otros trastornos respiratorios y síndrome del «edificio enfermo»

Puntos fundamentales

- Los síntomas alérgicos están aumentando en la población general y muchos se manifiestan o se agravan como consecuencia de la exposición a agentes sensibilizantes en el trabajo.

Recuadro 27. Exposición de los trabajadores sanitarios a enfermedades transmitidas por la sangre

De entre los 35 millones de trabajadores del sector sanitario en el mundo, aproximadamente 3 millones son objeto de exposiciones percutáneas a patógenos transmitidos por la sangre cada año; de estos, 2 millones están expuestos al virus de la hepatitis B (VHB), 0,9 millones al virus de la hepatitis C (VHC) y 170 000 al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esto puede traducirse en 15 000 infecciones de VHC, 70 000 de VHB y 500 de VIH. Más del 90 % de estas infecciones se producen en los países en desarrollo. A nivel mundial, aproximadamente el 40 % de las infecciones de VHB/VHC y el 2,5 % de las infecciones de VIH en los trabajadores sanitarios pueden atribuirse a accidentes con objetos punzantes. Estas enfermedades pueden prevenirse en gran medida mediante una buena gestión, la formación del personal, la inmunización contra el VHB, la profilaxis postexposición y una buena gestión de los residuos.

Fuente: OMS (2002b), *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.

- En Europa, los hombres parecen sufrir más problemas respiratorios o pulmonares relacionados con el trabajo que las mujeres. En cambio, en algunos Estados miembros la situación es inversa. Hay muchos casos de asma relacionado con el trabajo entre mujeres y hombres.
- Las áreas de trabajo dominadas por las mujeres donde puede haber exposición a las causas más comunes del asma relacionado con el trabajo incluyen el sector sanitario, la industria textil, la producción de alimentos y la peluquería.
- Aparentemente, las mujeres sufren los síntomas del síndrome del «edificio enfermo» más a menudo que los hombres, lo que podría atribuirse a las diferentes condiciones de trabajo, incluso cuando se trata del mismo lugar de trabajo.
- La información y la notificación de las enfermedades respiratorias varían considerablemente entre los Estados miembros, lo que complica la evaluación de la magnitud real del problema y de las diferencias de género.

El asma y las alergias parecen estar aumentando en el mundo industrializado. Entre los factores que parecen contribuir a este problema están la contaminación del aire, los aditivos, el hábito de fumar, la exposición al humo ambiental del tabaco y los cambios en las prácticas de diagnóstico, por mencionar algunos. Muchos casos de asma y otras enfermedades respiratorias en adultos se producen o agravan por el trabajo. Además del asma, hay otras enfermedades respiratorias laborales: rinitis, síndrome tóxico del polvo orgánico y alveolitis alérgica.

Las causas más comunes de asma laboral son: los isocianatos; el polvo de harina; el polvo de semilla; el glutaraldehído (un desinfectante muy potente que se utiliza en hospitales); el polvo de madera; el látex de caucho natural (por ejemplo, el que se emplea en la fabricación de guantes protectores finos utilizados por los profesionales sanitarios); la soldadura/colofonía; los

animales de laboratorio; los pegamentos y la resina (*Health and Safety Executive, 2002a*). Las mujeres que trabajan en los sectores manufacturero, alimentario y sanitario se encuentran entre las más expuestas a estas sustancias.

La agricultura, la silvicultura y la industria molienera presentan porcentajes especialmente elevados de enfermedades respiratorias. No obstante, la industria del procesamiento de alimentos y el sector textil —en los que predominan las mujeres— también registran porcentajes elevados. Asimismo se ha demostrado que el asma relacionado con el trabajo está presente en el sector de la peluquería debido a la utilización de diversos aerosoles y productos químicos en el trabajo (por ejemplo, Ammattitaudit, 2001). Muchos productos de limpieza industriales también pueden causar asma. Otros factores que pueden contribuir a las diferencias de género incluyen el hábito de fumar, el acceso a la asistencia sanitaria y las diferencias biológicas. Según la encuesta de la UE sobre población activa, los problemas respiratorios o pulmonares constituyen la dolencia relacionada con el trabajo más grave en el 8,4 % de los hombres y el 6,4 % de las mujeres. No obstante, en Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido las cifras son más altas en el caso de las mujeres (Dupré, 2002). En la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo de 2000, el 10 % de los hombres y el 8 % de las mujeres notificaron problemas alérgicos relacionados con el trabajo (estos datos incluyen tanto problemas de piel como respiratorios), pero esta diferencia porcentual se reduce al 1 % cuando las cifras se comparan entre trabajadores a tiempo parcial o a tiempo completo. Tanto para hombres como para mujeres, los problemas registrados disminuyen entre los trabajadores a tiempo parcial, lo que indica que la incidencia de las alergias relacionadas con el trabajo está relacionada con la exposición.

Según un estudio en el que se examinan los factores laborales que contribuyen al desarrollo del asma, basado en datos procedentes de trabaja-

dores finlandeses de entre 25 y 29 años de edad, notificados durante el período comprendido entre 1986 y 1998, el 29 % de los nuevos casos de asma en hombres y el 17 % de los nuevos casos de asma en mujeres pueden atribuirse a factores relacionados con el trabajo. Estas cifras contrastan con los estudios que se han centrado únicamente en casos que se debían claramente a alérgenos específicos, tal como se define en el régimen nacional de compensación, que indica que el asma relacionado con el trabajo representa el 6 % de la aparición de casos de asma en hombres y el 4 % en mujeres (Karjalainen *et al.*, 2001). No obstante, según los datos estadísticos finlandeses de 2001, los nuevos casos de rinitis alérgica y asma en mujeres superaron a los nuevos casos en hombres (301 frente a 212).

Sin embargo, no se pueden extraer conclusiones únicamente sobre la base de estos datos. Dado que la información y la notificación de las enfermedades respiratorias, y en particular el asma, varían notablemente entre los Estados miembros, es difícil evaluar la magnitud del problema, incluidas las cuestiones de género (Meding y Torén, 2001). Es importante armonizar los datos estadísticos y hacer obligatoria la notificación de nuevos casos de asma relacionados con el trabajo.

Los contaminantes del aire no solo se encuentran en los lugares de trabajo llenos de polvo o humo, sino que también afectan a las oficinas, donde predominan las mujeres. A principios de los años ochenta, cuando se notificaron los primeros casos del síndrome del «edificio enfermo» en edificios cuya principal fuente de ventilación era un sistema de aire acondicionado, se inició un amplio debate en torno al problema que plantea la contaminación del aire interior en oficinas. Aunque no hay una explicación científica concreta, se ha asociado a varios factores de calidad del aire interior, como productos químicos, incluidos los materiales de construcción y barnizado, residuos de tabaco y microorganismos (bacterias y moho) en los filtros de los sistemas de ventilación. La mala cali-

dad del aire interior puede producir una serie de síntomas como dolor de cabeza, ojos llorosos, síntomas nasales, tos, resfriados frecuentes e irritación sensorial en general.

Las mujeres afirman padecer síntomas del síndrome del «edificio enfermo» más a menudo que los hombres. No obstante, según un estudio sueco, la segregación laboral y las diferencias en el entorno de trabajo pueden explicar en parte este fenómeno. Por ejemplo, los casos del síndrome del «edificio enfermo» son más comunes en edificios del sector público y otros trabajos relacionados, donde existe una mayor concentración de mujeres. Esto indica que las diferencias en las condiciones de trabajo, y no las diferencias en la sensibilidad a los síntomas, explican el aumento de la incidencia de estos síntomas entre las mujeres (Stenberg y Wall, 1995; Bullinger *et al.*, 1999; Jaakkola *et al.*, 2000; Messing, 1998). En las oficinas, las mujeres suelen realizar más tareas de fotocopiado y, por tanto, están más expuestas a los efectos del tóner y del ozono y a efectos electrostáticos (Messing, 1998). Asimismo, varios investigadores han señalado que el estrés laboral debería considerarse como un posible factor que contribuye a la aparición de estos síntomas (por ejemplo, Stenberg y Wall, 1995).

El síndrome de sensibilidad química múltiple es una patología que puede estar relacionada con el síndrome del «edificio enfermo», y los síntomas son similares. Es también mucho más común entre las mujeres (Messing, 1998; Kipen *et al.*, 1995). Entre los síntomas se encuentran los problemas respiratorios y digestivos, pero también la sensibilidad al ruido. Se cree que se produce como consecuencia de una exposición previa a disolventes orgánicos u otros productos químicos, aunque algunos señalan que su origen es psicológico, causado por ejemplo por el estrés (Maschewsky, 2002; página web del Environmental Law Centre; véase asimismo Fernández *et al.*, 1999; Black *et al.*, 2000).

El número de empleados —y en particular de mujeres que trabajan en oficinas y entornos similares— está aumentando, lo que demuestra la importancia de tomar en serio los síntomas notificados por los trabajadores en estos entornos, sobre todo si los síntomas se deben a una gran variedad de factores que por separado no se consideran peligrosos. La investigación sobre la vinculación del aire interior con las consecuencias para la salud debería abordar debidamente las cuestiones de género y tener en cuenta adecuadamente las condiciones de trabajo que podrían provocar estos síntomas o contribuir a su aparición.

Enfermedades de la piel

Puntos fundamentales

- Las mujeres trabajadoras están más a menudo expuestas a detergentes, disolventes y agua. Los trabajos «húmedos» están especialmente asociados a la dermatitis de las manos.
- Las mujeres tienen más riesgo de sufrir dermatitis en trabajos como la fabricación de productos electrónicos, peluquería, asistencia sanitaria, mecánica y siderurgia. El porcentaje también es elevado entre el personal de cocina y de limpieza.
- Las erupciones cutáneas son uno de los síntomas del síndrome del «edificio enfermo», que aparentemente afecta a más mujeres que hombres.
- El trabajo con pantallas de visualización se asocia en ocasiones a problemas de la piel como picores y erupciones, posiblemente relacionados con la mala calidad del aire interior y el estrés.

Los problemas de piel relacionados con el trabajo incluyen irritaciones y dermatitis alérgica. La dermatitis laboral afecta prácticamente a todas las industrias y negocios. Algunos de sus síntomas son rojez, picor, escamas y ampollas en la

piel, que son muy dolorosas. En casos más graves, la piel puede agrietarse, sangrar y llegar a extenderse al resto del cuerpo. Es probable que el trabajador afectado tenga que solicitar la baja laboral o incluso dejar el trabajo. La gran mayoría de casos se debe a la exposición de la piel a productos químicos en polvo, en estado líquido o en estado gaseoso. La aparición de los síntomas tras la exposición puede ser muy rápida, aunque también puede tardar semanas, meses o incluso años. Una exposición excesiva solo al agua produce sequedad de piel y grietas, ya que se elimina la grasa de la piel y esto a su vez puede aumentar la posibilidad de irritación. Este efecto es aún mayor cuando se expone la piel a jabones y detergentes o disolventes; así pues, las enfermedades de la piel son comunes en «trabajos húmedos» que requieren un manejo frecuente de agua y productos de limpieza. El hecho de trabajar en lugares donde la humedad del aire es muy baja también produce sequedad de piel (véase, por ejemplo, Meding y Torén, 2001).

Recuadro 28

«Tenía las manos llenas de cortes y ampollas. Mi novio me tenía que ayudar a comer porque no podía sujetar un cuchillo o un tenedor; no podía agarrar nada [...]».

D. M., antigua aprendiz de peluquería.

Fuente: *Health and Safety Executive* (2002b): «Preventing dermatitis at work».

Entre los sectores con mayor riesgo de enfermedades de la piel relacionadas con el trabajo se citan los siguientes: peluquería y esteticistas; servicio de alimentación y procesamiento de alimentos; limpieza; construcción; ingeniería; industria gráfica; sector químico; asistencia sanitaria; agricultura y horticultura; caucho e instalaciones marítimas. Algunos de estos sectores contratan a un alto porcentaje de mujeres. Muchos de estos trabajos son los llamados «trabajos húmedos», y las mujeres están más expuestas al agua, a los detergentes y a los disolventes, por ejemplo en trabajos como peluquería, odontolo-

gía, limpieza, enfermería y asistencia. Asimismo, las mujeres que manipulan alimentos o realizan trabajos agrícolas o de panadería corren un riesgo mayor. Entre las reacciones que la alergia al látex de los guantes de protección puede provocar cabe mencionar las reacciones de la piel y, en raras ocasiones, trastornos respiratorios, como rinitis o asma (Smith *et al.*, 2002; Wrangö *et al.*, 2001). La alergia al látex prevalece entre los profesionales de la odontología y los trabajadores sanitarios, por ejemplo; a este respecto, el NIOSH calcula que, entre el personal sanitario que a menudo está expuesto al látex, entre el 8 % y el 12 % desarrolla sensibilidad al látex (NIOSH, 2001). Por tanto, no es de extrañar que las mujeres notifiquen más enfermedades de la piel relacionadas con el trabajo que los hombres.

Se pueden adoptar unas sencillas medidas de precaución para evitar, en lo posible, el uso de sustancias peligrosas, por ejemplo: utilizar otras menos dañinas, recurrir a prácticas de trabajo seguras, utilizar un buen jabón de manos y guantes de protección adecuados y otro equipo

Recuadro 29

En Finlandia, el 60 % de los casos de enfermedades laborales de la piel notificados en 2000 afectaban a mujeres (Ammattitaudit, 2000). Los casos de enfermedades laborales de la piel que afectan a las mujeres se distribuyen por sectores de la siguiente forma: asistencia sanitaria y social (28,5 %), servicios (25,5 %), agricultura y silvicultura (19,9 %) y manufactura (14,2 %). En el caso de los hombres, las industrias son: la manufactura (61,4 %), la agricultura y silvicultura (17,4 %), los servicios (7,0 %) y la asistencia social (3,3 %). Las exposiciones a productos químicos representan el 86 % de los casos de enfermedades de la piel que afectan a mujeres, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje asciende al 91 %. Los detergentes, que en el caso de las mujeres son la tercera causa principal de enfermedades de la piel, ocupan el noveno lugar en el caso de los hombres; mientras que la tercera causa principal para los hombres son los disolventes orgánicos, que ocupan el noveno puesto para las mujeres.

Fuente: Estlander y Jolanki (2003).

de protección personal, un buen cuidado de las manos, incluido el uso de cremas hidratantes, y realizar análisis de piel que permitan detectar de forma temprana cualquier problema. Hay una falta de concienciación, recursos y motivación para adoptar las medidas de prevención necesarias, en particular en algunos de los sectores de menor tamaño donde trabajan las mujeres, como el de la peluquería.

Aunque los problemas de piel antes mencionados son conocidos y están bien documentados, estos también se encuentran entre los síntomas del síndrome del «edificio enfermo», y tal como se indica en el apartado sobre trastornos respiratorios, dicho síndrome prevalece entre las mujeres. El trabajo con pantallas de visualización también se asocia a problemas de piel como picores y erupciones, posiblemente como consecuencia de la mala calidad del aire interior y del estrés. Los síntomas se notifican principalmente en los países nórdicos. Según los datos científicos actuales, los campos electrostáticos o magnéticos de dichas pantallas no son la causa (Grönkvist y Lagerlöf, 1999).

Para concluir, el mayor porcentaje de dermatitis entre las mujeres refleja los trabajos que ejercen y, por tanto, la exposición laboral a sustancias que causan irritación de la piel y alergias.

Cáncer relacionado con el trabajo

Puntos fundamentales

- Existe una relación entre determinados tipos de cáncer y determinados empleos.
- En general, el cáncer de origen laboral es más común entre hombres que entre mujeres, en particular debido a las diferencias en cuanto a la duración y al tipo de exposición.
- Es probable que se subestime el cáncer de origen laboral que afecta a las mujeres, por ejemplo, debido a que la mayor parte de los certificados de defunción no suelen registrar los empleos femeninos.

- Algunos tipos de cáncer tienen mayor prevalencia en empleos dominados por mujeres.
- Existen lagunas de conocimiento, ya que muchos estudios sobre el cáncer de origen laboral no han tenido en cuenta la dimensión de género ni los empleos dominados por mujeres.
- Es necesario reforzar la recopilación de datos para mejorar la evaluación de la exposición en el trabajo a determinados carcinógenos entre las mujeres y su prevención.

Incidencia y tipos de cáncer de origen laboral

Existe un número considerable de investigaciones sobre el cáncer de origen laboral; se calcula que este representa entre el 2 % y el 5 % de todos los casos de cáncer. En general, este tipo de cáncer es más común entre los hombres que entre las mujeres, en particular debido a las diferencias en cuanto al tipo de exposición y su duración. No obstante, la falta de información también puede conducir a una subestimación de la incidencia entre las mujeres, aspecto que se abordará más adelante en este capítulo.

Varios productos químicos, procesos industriales y empleos están causalmente relacionados con el cáncer humano. Las partes del cuerpo afectadas incluyen el revestimiento epitelial de los órganos respiratorios (cavidad nasal, senos paranasales, laringe y pulmón), el tracto urinario (parénquima renal, pelvis renal y vejiga), los revestimientos mesoteliales, la médula ósea, el hígado y el sistema reproductivo.

Se ha calculado que solo en los países nórdicos 3,7 millones de hombres y 0,2 millones de mujeres estaban potencialmente expuestos a niveles superiores a la media de uno o varios carcinógenos industriales en el período comprendido entre 1970 y 1984. Se esperaba que estas exposiciones conducirían a la aparición de aproximadamente 1 890 nuevos casos de cáncer en hombres (3 % de todos los cánceres) y menos de 25 en mujeres

Recuadro 30. Exposición de hombres y mujeres a carcinógenos de origen laboral

Muchos de los 150 agentes químicos y biológicos clasificados como carcinógenos se encuentran en entornos de trabajo. El riesgo de desarrollar cáncer se ve influido por la dosis recibida, la potencia del carcinógeno, la presencia de otros factores de riesgo (en particular el humo del tabaco) y la vulnerabilidad de cada persona. En general, entre el 20 % y el 30 % de los hombres y entre el 5 % y el 20 % de las mujeres en edad de trabajar (personas de entre 15 y 64 años de edad) pueden haber estado expuestos durante su vida laboral a carcinógenos pulmonares, incluidos el amianto, el arsénico, el berilio, el cadmio, el cromo, los gases de escape de gasóleo, el níquel y el silicio. A nivel mundial, estos factores de riesgo en el trabajo provocan aproximadamente el 10,3 % de los cánceres de pulmón, tráquea y bronquios, que son los tipos de cáncer laboral más frecuentes. Aproximadamente el 2,4 % de las leucemias puede atribuirse a exposiciones laborales a nivel mundial.

Fuente: OMS (2002b), Informe sobre la salud en el mundo 2002.

(0,1 % del total) al año a partir de 2000. Los porcentajes atribuibles a la exposición laboral fueron: 70 % de mesoteliomas, 20 % de cáncer de la cavidad nasal y de senos, 12 % de cáncer de pulmón, 5 % de cáncer de laringe, 2 % de cáncer de vejiga urinaria, 1 % de leucemias y 1 % de cáncer renal (Dreyer *et al.*, 1997).

Vínculos entre determinados tipos de cáncer y ciertos empleos

La exposición a los carcinógenos varía en función del sector y la profesión; por ejemplo, se ha estudiado relativamente bien la relación que existe entre la alta incidencia de cáncer testicular y de próstata y los riesgos presentes en algunos sectores dominados por hombres. Algunos carcinógenos laborales también se encuentran en determinados sectores y empleos dominados por mujeres, y hay varios estudios y reseñas que han examinado la incidencia

del cáncer de origen laboral en mujeres. Entre ellos están las reseñas de Zahm *et al.* del National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer) de los Estados Unidos y un análisis de gran tamaño que abarcó 20 años y que recoge datos procedentes de Finlandia, Suecia, Dinamarca y Noruega, a cargo de Andersen *et al.* (1999).

Las mujeres que trabajan en el sector sanitario pueden estar expuestas a medicamentos antineoplásicos, gases anestésicos, radiación ionizante y campos electromagnéticos. Los trabajadores de la industria cosmética y el personal de peluquería pueden estar expuestos a formaldehído, tintes y aerosoles para el pelo, y el personal de lavandería, a tetracloroetileno y tricloroetileno. Asimismo, los trabajadores de las distintas industrias manufactureras pueden estar expuestos a determinados disolventes, amianto, tintes, humos, etc., al igual que los trabajadores de la industria farmacéutica, que pueden estarlo a determinadas sustancias químicas (véase, por ejemplo, Zahm, 2000; Blair, 1998). En el norte de Europa, donde la mayoría de los que trabajan en bares y restaurantes son mujeres, la exposición al humo del tabaco en el ambiente constituye un problema. Según un reciente estudio finlandés (Autio *et al.*, 2001), estos trabajadores están expuestos al humo del tabaco durante al menos cuatro horas diarias, y el porcentaje de fumadores entre ellos es un 15 % o un 20 % superior cuando se compara con el resto de la población. Esto significa que la tasa de cáncer de pulmón en este grupo es elevada. Según un análisis de los datos sobre cáncer procedentes de los países nórdicos (Andersen *et al.*, 1999), las mujeres que trabajan en restaurantes y bares y en las industrias textil y tabaquera registran una mayor tasa de cáncer que las mujeres que trabajan en otros sectores. Otros empleos con alto riesgo de cáncer son el sector de servicios de alimentación (cáncer de pulmón) y el sector de la producción de bebidas.

Determinados tipos de cáncer, como la leucemia o los cánceres de pulmón y vejiga, parecen estar estrechamente ligados al trabajo. La relación entre los mesoteliomas y el amianto es bien conocida. Se ha observado que la leucemia es más común entre las mujeres expuestas al benceno, cloruro de vinilo, medicamentos antineoplásicos y la radiación. Los cánceres nasales pueden desarrollarse como consecuencia de una exposición a componentes de níquel y polvo de madera. Las altas tasas de cáncer de pulmón están relacionadas con la exposición al amianto, determinados metales (por ejemplo, níquel y cromo-6) y al humo del tabaco; y el cáncer de pulmón en mujeres se ha asociado a las industrias del mueble, el amianto y la alimentación (Blair, 1998). Los trabajadores del sector textil, el personal de lavandería y los trabajadores de la industria del plástico pueden presentar más riesgos de contraer cáncer de vejiga.

El tabaco es una causa o un factor que contribuye al desarrollo de cáncer de pulmón en mujeres. El creciente hábito de fumar también se asocia al trabajo estresante, donde el tabaco puede emplearse como estrategia de afrontamiento. La naturaleza estresante del trabajo monótono y de escaso control que caracteriza el trabajo de muchas mujeres se aborda en el apartado dedicado al estrés.

Se ha detectado un alto índice de cáncer de mama entre las mujeres que desarrollan su carrera profesional, por ejemplo profesoras (Ruben *et al.*, 1993), posiblemente relacionado con influencias hormonales atribuidas al retraso de la maternidad. Asimismo, los estudios han señalado un aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres que trabajan con pesticidas, disolventes y en el sector sanitario. También hay pruebas de que las auxiliares de vuelo pueden correr más riesgo (Zahm, 2000). La exposición a la luz artificial de noche puede incrementar el riesgo de cáncer de mama, ya que se distorsio-

na la producción nocturna de melatonina (Davis *et al.*, 2001; Schernhammer *et al.*, 2001; Hansen, 2001).

En general, no se tienen suficientes datos sobre las causas del cáncer de mama y del cáncer cervical y, en particular, sobre los factores laborales asociados a su desarrollo. El NIOSH está realizando estudios sobre mujeres expuestas a diversas sustancias en el trabajo para determinar si existe alguna relación con los tipos de cáncer que afectan a las mujeres, como el cervical o el de mama. Entre estas sustancias se incluyen el óxido de etileno, utilizado para esterilizar el equipo médico, el cáncer de mama en relación con la exposición a compuestos de bifenilo policlorinado (PCB) y el cáncer cervical en relación con la exposición al disolvente percloroetileno (PER), utilizado en la industria de la limpieza en seco (NIOSH, 2001).

El recuadro 31 muestra algunas de las industrias dominadas por mujeres, los carcinógenos encontrados en estos lugares de trabajo y los altos índices de cáncer detectados en las mujeres trabajadoras.

Información sobre el cáncer relacionado con el trabajo en mujeres

Como se ha señalado al principio de este capítulo, aunque el cáncer de origen laboral es más común en hombres que en mujeres, la falta de información puede conducir a subestimar la incidencia de este tipo de cáncer en las mujeres. Los estudios sobre hombres son mucho más numerosos que aquellos sobre mujeres (véase, por ejemplo, Zahm *et al.*, 1994). Zahm *et al.* (1994, 2000) y otros —como Messing (1998)— señalan varios motivos para explicar este desequilibrio:

Recuadro 31. Sectores seleccionados, carcinógenos conocidos o potenciales y casos excesivos de cáncer registrados

Industria	Carcinógenos conocidos o potenciales	Tipos de cáncer
<ul style="list-style-type: none"> Agricultura 	Pesticidas, luz del sol y combustibles	Cerebro, cervicales, vesícula biliar, leucemia, hígado, linfoma, mieloma múltiple, ovarios y estómago
Sector servicios		
<ul style="list-style-type: none"> Peluquería y esteticistas 	Tintes capilares, aerosoles para el pelo y formaldehído	Vejiga, cerebro, leucemia, pulmón, linfoma y ovarios
<ul style="list-style-type: none"> Limpieza en seco 	Tetracloruro de carbono, tricloroetileno, tetracloroetileno y otros disolventes	Vejiga, cervicales, esófago, riñón, hígado, pulmón, ovarios y páncreas
<ul style="list-style-type: none"> Servicio de alimentación 	Humo del tabaco y humos de cocina	Vejiga, cervicales, esófago y pulmón
<ul style="list-style-type: none"> Asistencia sanitaria 	Medicamentos antineoplásicos, gases anestésicos, radiación ionizante y virus	Vejiga, cerebro, mama, pulmón y linfoma
Manufactura		
<ul style="list-style-type: none"> Informática y electrónica 	Disolventes y carburos metálicos	Cerebro
<ul style="list-style-type: none"> Furniture 	Polvo de madera, disolventes, pegamentos y formaldehído	Pulmón, páncreas y senos nasales
<ul style="list-style-type: none"> Automoción 	Pinturas, humos, disolventes y líquidos para máquinas	Colorrectal, pulmón y estómago
<ul style="list-style-type: none"> Productos químicos, plástico y caucho 	Cloruro de vinilo, butadieno-1,3, benceno, otros disolventes y nitrosaminas	Vejiga, cerebro, mama, leucemia, pulmón, linfoma y ovarios
<ul style="list-style-type: none"> Textil y confección 	Amianto, tintes y aceites lubricantes	Tracto biliar, vejiga, leucemia, pulmón, linfoma y mesotelioma

Fuente: Zahm *et al.* (2000).

- Convicción de que el cáncer de origen laboral afecta más a los hombres, por lo que las mujeres quedan excluidas de los estudios.
- De igual modo, muchos estudios se han centrado en los empleos dominados por hombres.
- Falta de datos y otras cuestiones metodológicas. En general, la investigación del cáncer de origen laboral plantea muchas dificultades referidas a las causas multifactoriales, las exposiciones y las enfermedades que se desarrollan durante un largo período de tiempo. No obstante, hay algunas cuestiones específicas relacionadas con la investigación sobre mujeres. Cabe mencionar, por ejemplo las siguientes: los partes de defunción de muchas mujeres, que no contienen información sobre su profesión; la falta de registros de enfermedad adecuados; la dificultad de realizar un seguimiento de las mujeres a lo largo del tiempo; y la falta de porcentajes comparativos de población sobre enfermedades de mujeres trabajadoras.
- Cambios en la exposición de las mujeres a los carcinógenos laborales; gran parte de la información sobre cánceres de origen laboral procede de datos recopilados en un momento en que el número de mujeres expuestas a carcinógenos en el trabajo era muy reducido,

por ejemplo, antes del crecimiento de la industria de los semiconductores.

Parece ser que se siguen pasando por alto las cuestiones de género en las investigaciones sobre las posibles consecuencias para la salud de las nuevas tecnologías, productos y procesos presentes en nuestra vida diaria y laboral. Los posibles efectos sobre la salud del uso de teléfonos móviles, incluida la posible relación entre el cáncer y los campos electromagnéticos, son un ejemplo en el que la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha han sido neutros con respecto a las cuestiones de género (véase el recuadro 32).

Mejorar la recopilación de datos y la investigación sobre el cáncer de origen laboral en mujeres

Los cánceres de origen laboral en mujeres y hombres pueden prevenirse. Entre los requisitos para mejorar la recopilación de datos y la investigación dirigida a identificar los riesgos de las mujeres y mejorar la evaluación de las exposiciones en el lugar de trabajo se encuentran:

- la inclusión del empleo y el género en la recopilación rutinaria de datos tales como re-

Recuadro 32. Teléfonos móviles y estudios sobre el cáncer (un ejemplo de neutralidad de género en las investigaciones de nuevos riesgos)

Hasta la fecha, la gran mayoría de estudios epidemiológicos y de laboratorio han señalado que no existe relación entre el uso de teléfonos móviles y los tumores cerebrales (Boice y McLaughlin, 2002; Auvinen *et al.*, 2002; Johansen *et al.*, 2001). No obstante, también existen resultados contradictorios: por ejemplo, según un estudio *in vitro* realizado por Leszczynski *et al.* (2002), la exposición a las radiaciones de los teléfonos móviles puede cambiar la fosforilación de numerosas proteínas y es posible que estos cambios, si se repiten durante cierto tiempo, sean peligrosos. Otra investigación epidemiológica realizada por Hardell *et al.* (2002) señala que el uso del sistema de telefonía móvil nórdico NMT (Nordic Mobile Telephone,

en uso hasta 2000) incrementa el riesgo de cáncer cerebral, si bien hasta la fecha no se ha llegado a conclusiones similares por lo que respecta al GSM (sistema global de comunicaciones móviles). No obstante, debido a las carencias en la planificación del estudio, la tendencia y el azar podrían explicar estos resultados. Los estudios sobre teléfonos móviles han pasado por alto las cuestiones de género, salvo contadas excepciones [por ejemplo, Hietanen *et al.* (2002), estudio de una muestra pequeña que examinó la presencia y naturaleza de los síntomas notificados por 20 personas, —13 mujeres y 7 hombres—, que afirmaban ser hipersensibles a los campos electromagnéticos]. El gran número de variables desconcertantes, el breve historial de investigación y la falta de pruebas de ensayo que cubran poblaciones más grandes pueden explicar, en parte, lo anterior. No obstante, también es posible que se piense que no hay diferencias de género y, por tanto, se ignoran en los estudios.

gistros sobre el cáncer y datos informatizados de los certificados de defunción;

- ulteriores investigaciones sobre los trabajos en los que predominan las mujeres, por ejemplo la manufactura con exposiciones potencialmente peligrosas, incluida la industria de los semiconductores;
- un mejor estudio de los diseños y herramientas de investigación para hacer frente a algunas de las cuestiones metodológicas, como pequeñas muestras de mujeres expuestas;
- análisis basados en el tipo de tareas y de exposición, no solo por trabajo o sector;
- análisis de los datos sobre mujeres procedentes de los estudios existentes, donde se han recopilado datos que nunca se han analizado.

Trastornos auditivos

Puntos fundamentales

- Los hombres sufren más problemas auditivos provocados por el ruido que las mujeres y, debido a la segregación laboral, están más expuestos a altos niveles de ruido en el trabajo.
- Entre los trabajos asociados a la exposición a altos niveles de ruido en los que predominan las mujeres se incluyen el procesamiento de alimentos, las fábricas embotelladoras y la

Recuadro 33. Tinnitus y género

Existen algunas pruebas de que podría haber diferencias de género en la incidencia de tinnitus. Un estudio demostró que la descripción de los sonidos del tinnitus varía entre los dos sexos: la descripción más utilizada por los hombres fue la de pitido, mientras que las mujeres lo describieron más bien como un chirrido. Asimismo, en las mujeres el tinnitus suele concentrarse en un oído únicamente y se diagnosticó más tensión en la zona cervical. Después de tratar a los pacientes con inyecciones en el músculo que provoca el tinnitus, se llegó a la conclusión de que el resultado del tratamiento presentaba una correlación positiva con el sexo femenino y con el tipo de tinnitus (chirrido) que padecía dicho género.

Fuente: Estola-Partanen (2000).

Recuadro 34

Una campaña nacional portuguesa destinada a mejorar la seguridad en el sector textil estableció como una de sus prioridades la prevención de riesgos relacionados con el ruido. Entre las medidas adoptadas se incluyen la elaboración de manuales de prevención para actividades específicas, carteles, folletos, etc., y boletines con soluciones técnicas para riesgos específicos.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2001a.

manufactura textil. Los bares y discotecas, donde la música está muy alta, son lugares de trabajo ruidosos no tradicionales para mujeres y hombres.

- Es necesario seguir investigando otras cuestiones sobre el ruido en el lugar de trabajo, como el estrés derivado del ruido por debajo de niveles que puedan producir daños al oído y el exceso de sensibilidad auditiva.
- La mayor parte de los estudios se han basado en poblaciones de hombres, y es probable que los médicos no relacionen los casos de pérdida auditiva de mujeres con el trabajo.
- Existen algunas pruebas de un riesgo emergente, el *shock* acústico —al que las mujeres pueden estar más expuestas—, que provoca distintos síntomas y tiene consecuencias a unos niveles de exposición inferiores a los que causan problemas auditivos «tradicionales» por el ruido.

Trastornos auditivos inducidos por el ruido y su prevalencia

El ruido es un peligro «tradicional» en los lugares de trabajo industrializados. Una exposición excesiva al ruido puede alterar temporalmente la audición (una sensación de no poder oír adecuadamente o de oídos taponados) o tinnitus transitorio (pitido, silbido o zumbido en los oídos). Estos problemas temporales derivados de exposiciones breves tienden a desaparecer a las pocas horas de abandonar la fuente del ruido.

No obstante, exposiciones repetidas a altos niveles de ruido pueden provocar pérdida auditiva permanente e incurable, tinnitus o hipersensibilidad al ruido. La pérdida auditiva permanente también puede deberse a una exposición inmediata a un ruido extremadamente alto, como una explosión. El ruido en el lugar de trabajo también puede causar estrés y constituir un riesgo para la seguridad si interfiere con la comunicación. La pérdida de capacidad auditiva inducida por el ruido se desarrolla de forma gradual. El resultado es que la persona puede tener dificultades a la hora de seguir conversaciones en un grupo, responder al teléfono o que su familia se queje de que tiene el volumen de la televisión demasiado alto. Asimismo hay profesiones en las que los empleados están expuestos a ruidos molestos a diario, aunque no se alcanza un nivel que pueda dañar el oído, como es el caso de los profesores. Este tipo de ruido ambiental puede ser molesto, constituir una fuente adicional de estrés y ser motivo, por ejemplo, de los trastornos de sueño, la falta de concentración, depresión y agresividad.

La pérdida de audición provocada por el ruido está relacionada con las características del ruido, como el nivel, la duración de la exposición diaria, el tipo de ruido (continuo o de impacto) (Campo y Lataye, 1992), la exposición a productos tóxicos y a determinados disolventes (Morata *et al.* 1991; Myers y Bernstein, 1965) y la vulnerabilidad individual. También se han notificado factores biológicos y humanos (Humes, 1984; Pyykkö *et al.*, 1986; Borg *et al.*, 1992) y factores genéticos (Barrenäs, 1998; Gates *et al.*, 1999; Kaksonen *et al.*, 1998), como la edad y el sexo.

Los trastornos auditivos relacionados con el trabajo son más prevalentes en hombres que en mujeres. En la Encuesta europea de población activa, el porcentaje de hombres era mayor que el de mujeres en todos los Estados miembros. En la UE en su conjunto, se ha registrado como la dolencia relacionada con el trabajo más grave en un 4,2 % de hombres y un 1 % de mujeres (Dupré,

2002). Un análisis de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo referido al trabajo a tiempo parcial y a tiempo completo mostró un descenso del 11 % en los trabajadores masculinos a tiempo completo que afirmaban sufrir problemas auditivos de origen laboral a un 6 % en los trabajadores a tiempo parcial. En el caso de las mujeres, el 3 % corresponde al trabajo a tiempo completo y el 2 % al trabajo a tiempo parcial (Fagan y Burchell, 2002).

Esta diferencia de género se debe a la segregación laboral. Los hombres tienen más probabilidades de trabajar en entornos donde se utilizan instalaciones, herramientas y equipos ruidosos, como la construcción, el mantenimiento de las carreteras, la minería, la industria aserradora, fundiciones y talleres de ingeniería. Muchos autores han observado una diferencia significativa y relativamente marcada en la incidencia de trastornos auditivos entre hombres y mujeres (Berger *et al.*, 1978; ISO, 1990). No obstante, una vez controladas las diferencias en la exposición al ruido, no parece observarse diferencia alguna (Davis *et al.*, 1998).

Aunque los trastornos auditivos inducidos por el ruido son menos comunes en mujeres, existen algunas industrias en las que predominan las mujeres y en las que el ruido constituye un problema: por ejemplo, en el año 2000, la industria de procesamiento de alimentos de Finlandia fue la industria con el mayor número de mujeres que afirmaban sufrir trastornos auditivos. En total, 801 hombres y 54 mujeres afirmaron sufrir pérdida de audición inducida por el ruido (Ammattitaudit, 2001). Las fábricas de embotellamiento y textiles son entornos particularmente ruidosos en los que pueden trabajar las mujeres; asimismo, tanto mujeres como hombres pueden trabajar en entornos donde la música está muy alta.

Un *shock* acústico se define como un incremento repentino de un ruido de alta frecuencia transmitido a través de auriculares. En los centros de asistencia telefónica, por ejemplo, los empleados pueden estar expuestos a interferencias en la lí-

nea telefónica. Aunque los operadores pueden sobresaltarse o sorprenderse por el ruido, la exposición a estos incidentes acústicos inesperados no deberían causar daños al oído que puedan evaluarse según los métodos tradicionales. Sin embargo, cada vez hay más pruebas que indican que la exposición a estos incidentes acústicos, a niveles muy inferiores a lo que tradicionalmente se asocia con el daño auditivo, está dando lugar a otros síntomas (HELA, 2001; Risking Acoustic Shock Conference, 2001; véase el recuadro 35).

Ruido y riesgos para la reproducción

El posible efecto del ruido sobre el feto se aborda en el apartado sobre salud reproductiva.

Prevención y detección

Las medidas necesarias para prevenir y controlar la exposición al ruido en el lugar de trabajo son bien conocidas. En general, el número de trabajadores que sufren pérdida de audición a causa del ruido ha disminuido debido a la aplicación de me-

didias de reducción del ruido en algunas zonas de la industria pesada y a un mejor uso de las medidas preventivas: máquinas menos ruidosas, ubicación del equipo ruidoso lejos de los trabajadores y, como último recurso, utilización de protectores auditivos.

Las mujeres pueden tener problemas con el uso de orejeras, que normalmente están diseñadas para una cabeza estándar (masculina) y no sirven para personas con una cabeza más pequeña. La formación sobre el uso adecuado de orejeras debe tener en cuenta la correcta colocación de las mismas en el caso de personas con pelo largo o que llevan abalorios. Sería conveniente que las evaluaciones de riesgos y la puesta en marcha de programas de control de la audición analizaran la exposición real y no realizaran suposiciones basadas en los puestos de trabajo.

Aunque este estudio no encontró información que justificase las diferencias de sensibilidad a los niveles de ruido laboral, cabe señalar que gran parte de la investigación que contribuye a

Recuadro 35. Mejora de la seguridad y el confort acústicos de los centros de asistencia telefónica

- Según un estudio realizado con teleoperadores, las principales fuentes de ruido ambiental en los centros de asistencia telefónica son los demás operadores que hablan con los clientes, el personal que habla entre sí —sobre todo en el cambio de turno—, las reuniones que se celebran y los teléfonos que suenan en otras partes de la oficina. Entre los ejemplos de ruido a través de la línea se citaron la televisión, la radio, ladridos de perros y el llanto de niños. Es improbable que la exposición diaria general de los teleoperadores supere los 85 dB(A). Sin embargo, siguen existiendo diversas medidas que pueden adoptarse para reducir su exposición al ruido en el trabajo y mejorar el confort acústico de su trabajo:
- Enseñar a los teleoperadores a colocar el micrófono en la posición correcta —delante de la boca— para evitar el uso vocal excesivo tanto para el que llama como para el teleoperador. Los clientes pueden sen-

tirse frustrados si no pueden oír a los teleoperadores con claridad y existe el riesgo de que los operadores empiecen a forzar la voz para que se les oiga.

- Material especial para absorber el ruido —normalmente colocado en el techo— que contribuye a reducir la reverberación en el centro de asistencia telefónica. Carpetas, sillas con asientos blandos y pantallas acolchadas entre operadores son elementos que pueden absorber el ruido de forma eficaz, si se diseñan y se colocan debidamente.
- Para limitar la exposición diaria al ruido de los operadores se deben utilizar auriculares, amplificadores y/o torretas con control de volumen; asimismo conviene formar a los operadores sobre el uso de dichos controles. Existe el riesgo de que los operadores suban el volumen para escuchar a un cliente que habla en voz baja y olviden bajar el volumen al atender la siguiente llamada, aunque el cliente hable con un tono de voz más alto. En tal caso, los operadores pueden acostumbrarse a oír a los clientes a niveles más altos de lo realmente necesario. Algunos sistemas restauran el nivel de escucha del operador a un nivel fijado por defecto después de

cada llamada. Un aviso de recordatorio en pantalla podría recordar a los operadores que controlen el volumen y lo ajusten si es necesario. Se puede utilizar una tecla específica en el teclado para reducir el ruido del auricular inmediatamente al mínimo cuando se pulsa. Se trata de un método muy rápido que permite a los operadores reducir los niveles de ruido repentinos del auricular. También es posible recordar a los operadores que ajusten el nivel de escucha (arriba o abajo) a través de sus auriculares al principio de cada llamada.

- Se debe animar a los operadores a que notifiquen a sus superiores la exposición a todos los incidentes de *shock* acústico o cualquier otra anomalía relacionada con ruidos altos. La empresa debe elaborar un registro de estas notificaciones.
- Una forma práctica de limitar la exposición a ruidos altos inesperados de los auriculares es mediante el diseño del auricular, por ejemplo con la incorporación de un dispositivo de limitación acústica. Este dispositivo evita que se transmita a través del auricular cualquier tipo de ruido (por ejemplo, una conversación o impulsos de breve duración) por encima de un volumen determinado.
- Los operadores utilizan un auricular a lo largo de su turno, de modo que es importante que este pueda ajustarse para colocarlo debidamente. Es necesario comprobar los auriculares con regularidad y, en caso de necesidad, repararlos o cambiarlos de inmediato. Es posible que haya un mayor riesgo de

irritación e infección del oído si los auriculares se utilizan durante mucho tiempo. Para reducir el riesgo, hay que formar al personal en cuestiones de higiene con respecto a los auriculares, darle tiempo suficiente para que completen un curso de higiene y ofrecerle el material pertinente. Se recomienda el uso individual de los auriculares.

- Los micrófonos pueden obstruirse con restos de comida, maquillaje y polvo, mermando así su eficacia. Se debe enseñar a los operadores a limpiar los micrófonos para optimizar el volumen de las señales transmitidas y evitar el riesgo de que los clientes se frustren y se fuerce la voz.
- Conviene asegurar suficientes juegos de auriculares y micrófonos nuevos.
- Se debe animar a los empleados a que notifiquen de inmediato cualquier exposición a incidentes acústicos que puedan provocar daños físicos. La empresa debería registrar los detalles de estos accidentes y los trabajadores deberían ser examinados por expertos a fin de investigar la magnitud de cualquier daño físico (por ejemplo, una audiometría).
- Se debe proporcionar a los operadores información sobre los riesgos potenciales para la audición y las medidas adoptadas por la empresa para controlar estos riesgos. Se debe consultar a los operadores o sus representantes en relación con las prácticas laborales.

Fuente: HELA (2001).

las actuales normas sobre exposición al ruido se basan en estudios centrados principalmente en hombres. Puede que se hayan subestimado los trastornos auditivos relacionados con el trabajo en el caso de las mujeres, en particular cuando el factor edad puede influir en la aparición de dichos trastornos y los médicos no preguntan por posibles exposiciones en el trabajo.

Enfermedades relacionadas con las vibraciones

Puntos fundamentales

- Los hombres sufren más enfermedades relacionadas con las vibraciones y están más expuestos a las vibraciones que las mujeres, debido a la segregación laboral.

- Es necesario realizar más estudios sobre los factores de pronóstico en mujeres y sobre la posible variación de riesgos entre mujeres y hombres que se enfrentan a los mismos riesgos laborales.

La exposición a las vibraciones se produce en muchos trabajos a partir del contacto con máquinas o equipos que vibran. La vibración transmitida al sistema mano-brazo daña los vasos sanguíneos y los nervios de los dedos. La patología resultante se conoce como «síndrome del dedo blanco», «fenómeno de Raynaud» o «síndrome de vibración de mano y brazo» (HAVS por sus siglas inglesas). Los dedos afectados se vuelven blancos, máxime si están expuestos al frío. La enfermedad del dedo blanco provocada por

las vibraciones también causa pérdida de la fuerza de agarre y disminución de la sensibilización del tacto. Poco se sabe de las consecuencias de la vibración transmitida al cuerpo entero. Los estudios realizados con conductores de vehículos pesados han revelado una mayor incidencia de trastornos del intestino y de los sistemas circulatorio, musculoesquelético y neurológico.

Según los datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, los hombres están mucho más expuestos a vibraciones en el trabajo que las mujeres. No obstante, el 7 % de las mujeres encuestadas respondieron que estaban expuestas a vibraciones de herramientas de mano, máquinas, etc., al menos a lo largo de la mitad de su jornada laboral; mientras que la tasa correspondiente a los hombres ascendía al 23 %.

Las máquinas de coser y los telares en el sector textil constituyen una fuente de exposición a las vibraciones en empleos dominados por mujeres. Según un estudio sueco consistente en el seguimiento de una muestra de mujeres que habían notificado a la oficina de la seguridad social daños laborales provocados por vibraciones de brazo y mano, o que habían recibido indemnizaciones, el porcentaje más elevado de prevalencia correspondía a los técnicos dentales que utilizaban herramientas vibratorias de mano (Bylund *et al.*, 2002).

También hay pruebas de un aumento de los trastornos de las extremidades superiores relacionados con el trabajo en grupos de trabajadores que utilizan herramientas vibratorias (Buckle y Devereux, 1999). Bylund y Burström (2003) citan varios estudios según los cuales las mujeres pueden presentar un índice más alto de síntomas relacionados con el uso de máquinas vibratorias en comparación con los hombres. Ya se ha abordado la necesidad de contar con herramientas para mujeres que hayan sido diseñadas adecuadamente desde el punto de vista ergonómico. En el caso de las mujeres —en comparación con los hombres—, conviene preguntarse si el uso de herramientas

vibratorias con un mal diseño ergonómico puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos provocados por las vibraciones y trastornos de las extremidades superiores. Entre los factores antropométricos vinculados al aumento de los daños causados por vibraciones se incluyen el hecho de tener baja estatura y el uso de una mayor fuerza de agarre (estudios citados por Bylund y Burström, 2003). Estos realizaron su propio estudio, en el que no solo tuvieron en cuenta los niveles de vibración, la frecuencia y la duración, de conformidad con las normas internacionales sobre medición de la exposición a vibraciones, sino también la fuerza de agarre, la postura y otros factores individuales. Según los resultados obtenidos, una vez analizadas las diferencias antropométricas, no se encontraron diferencias de género en las tasas de absorción de la potencia. La investigación sobre los daños provocados por las vibraciones se ha desarrollado principalmente con hombres y, por tanto, es necesario seguir investigando las cuestiones ergonómicas y las diferencias de género en relación con la vulnerabilidad. Es posible que existan riesgos que originen trastornos menstruales y provoquen abortos espontáneos en mujeres expuestas a vibraciones del cuerpo entero, y esto debe ser objeto de ulteriores investigaciones.

Temperatura en el lugar de trabajo

Puntos fundamentales

- Los hombres están más expuestos a condiciones de trabajo con frío o calor que las mujeres.
- Es importante examinar la naturaleza del trabajo que se realiza en condiciones de frío y calor.

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de estar expuestos al frío o al calor durante al menos la mitad de su jornada laboral; el 11 % de las mujeres encuestadas respondió que trabajaba a temperaturas eleva-

das, y el 7 %, a bajas temperaturas. En el caso de los hombres, las cifras eran del 17 % y el 16 %.

Los ámbitos laborales en los que las mujeres pueden estar expuestas a altas temperaturas incluyen cocinas, lavanderías y la agricultura. Al igual que la agricultura, la industria de procesamiento de alimentos es un ámbito en el que las mujeres pueden estar expuestas a bajas temperaturas.

Es probable que las mujeres estén muy infrarrepresentadas en los extremos de exposición a ruido, humedad, frío o calor en el trabajo. Sin embargo, por ejemplo, según un estudio llevado a cabo en la industria procesadora de carne de ave, las mujeres no están expuestas al frío extremo de las cámaras congeladoras, pero trabajan en posturas casi inmóviles a una temperatura de unos 4 °C, mientras que los hombres pasan una y otra vez del frío extremo a la temperatura ambiente. Las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir congelación de las extremidades (Messing *et al.*, 1998b; Messing, 1999). También es importante tener en cuenta la naturaleza del tipo de trabajo realizado, ya que, por ejemplo, parece ser que trabajar a bajas temperaturas puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos de las extremidades superiores relacionados con el trabajo.

Salud reproductiva

Puntos fundamentales

- Gran parte de la investigación sobre salud reproductiva se ha centrado en las mujeres embarazadas y en la protección del feto. Solo las mujeres embarazadas y las madres primerizas están cubiertas por la legislación comunitaria en la materia.
- La posible influencia de las condiciones de trabajo en las cuestiones de salud femenina, como la menstruación y la menopausia, ha sido ignorada por completo.
- Es necesario seguir investigando y ofrecer información en el lugar de trabajo sobre los

efectos del trabajo sobre otros peligros que afectan a la reproducción relacionados con mujeres y hombres, como la fertilidad, la sexualidad, la menopausia precoz y los trastornos menstruales.

- Convendría considerar la posibilidad de introducir indicadores de los problemas de salud reproductiva en los resultados de las encuestas europeas sobre condiciones de trabajo.
- Debería fomentarse el intercambio de buenas prácticas sobre métodos de investigación, la evaluación de riesgos y su prevención.

Es obvio que los sistemas reproductivos de mujeres y hombres son distintos, y esto significa que la salud reproductiva de mujeres y hombres se ve afectada de distinta forma por las exposiciones en el lugar de trabajo. Entre los trastornos reproductivos se incluyen patologías perinatales, trastornos del desarrollo, abortos espontáneos, muerte prematura del feto, bajo peso de nacimiento, parto prematuro, malformaciones congénitas y enfermedades hereditarias; también se reduce la fertilidad y aumentan la impotencia y los trastornos menstruales. Especialmente en el caso de las mujeres, estas cuestiones deberían abordarse en su contexto vital, ya que están relacionadas con la edad (White, 2000).

En comparación con otros ámbitos de la seguridad y la salud en el trabajo, los peligros laborales relacionados con la salud reproductiva se han estudiado principalmente en mujeres. Por ejemplo, en un análisis de varios artículos recientes (véase el recuadro 57 en el capítulo 5), 93 de 251 artículos sobre la salud laboral de las mujeres abordaban únicamente cuestiones de salud reproductiva, mientras que en el caso de los hombres tales cuestiones se abordaban únicamente en 15 artículos de 314.

El principal tema de interés ha sido, con diferencia, el embarazo (en el que se ha considerado a la mujer como la que trae al niño al mundo y la que lo cuida), pero también la salud del feto y del recién nacido. Incluso destacan ejemplos de me-

didas legislativas de protección del feto que prohíben trabajar a las mujeres en edad fértil. Aunque las intenciones son buenas, estas políticas pasan por alto el hecho de que los hombres también están expuestos a peligros reproductivos prenatales y limitan la perspectiva de la salud reproductiva de las mujeres (Stellman y Lucas, 2000). Por tanto, se ha prestado menos atención a los efectos del trabajo sobre la fertilidad femenina y masculina, el funcionamiento sexual y reproductivo así como a cuestiones relacionadas con las madres primerizas y las madres lactantes.

Aunque se han llevado a cabo estudios individuales de los efectos de determinados riesgos laborales sobre la salud reproductiva, no existen datos generales sobre cómo afecta el trabajo a la salud reproductiva. Las encuestas europeas de población activa sobre condiciones de trabajo no contienen preguntas relacionadas con este aspecto. Aunque se ha demostrado que numerosas exposiciones en el trabajo dificultan la fertilidad (por ejemplo el plomo, los disolventes y algunos pesticidas), se desconoce la medida en que estas exposiciones contribuyen a la infertilidad de hombres y mujeres.

Mujeres embarazadas y madres primerizas

La exposición en el trabajo de las embarazadas puede afectar al feto de distintas formas. Las sustancias químicas que penetran en el torrente sanguíneo de la madre pueden pasar a la leche materna. Unas malas condiciones de trabajo pueden contribuir a la aparición de una serie de problemas de salud asociados al embarazo y al período postparto, como cansancio y fatiga, dolor y malestar, problemas de espalda y de posturas, piernas hinchadas, náuseas, cambios de presión sanguínea y estrés.

La Unión Europea cuenta con una Directiva específica sobre la protección de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz recientemente o en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE). Los empresarios están obligados a realizar una eva-

Recuadro 36. Peluquería y bebés de bajo peso

En su trabajo, las peluqueras están expuestas a numerosos productos químicos que pueden causar alergias, asma, eccema de manos y otros problemas de salud. Asimismo, según un estudio realizado entre más de 7 000 peluqueras suecas, el riesgo que corren de tener bebés de bajo peso o con graves malformaciones es ligeramente superior al del resto de mujeres de la población general. Los autores constataron que una exposición frecuente a los productos químicos utilizados para moldear el pelo y los aerosoles solía asociarse a un mayor riesgo de tener bebés de bajo peso (Rylander *et al.*, 2002). No obstante, existen otros factores que pueden contribuir a este riesgo en el trabajo de peluquería, como trabajar de pie en posición estática durante mucho tiempo.

luación de riesgos para estas trabajadoras. En primer lugar, deben adoptar medidas para eliminar los peligros y evitar o reducir los riesgos detectados. Si no es posible eliminar los riesgos, la Directiva establece que la empresa deberá ofrecer a la trabajadora un trabajo alternativo o, si no es posible, la trabajadora podrá ser dispensada de su trabajo al tiempo que se mantiene su salario, aunque hay quien argumenta que la Directiva debería ser reforzada en lo que respecta a las obligaciones de eliminar los riesgos en su origen (véase, por ejemplo, Vogel, 2002). La Directiva contiene asimismo medidas en materia de permisos de maternidad, permisos para exámenes prenatales y protección contra despidos. Asimismo, la UE obliga a etiquetar los productos químicos para advertir de su toxicidad reproductiva.

La Directiva reconoce una amplia gama de agentes químicos, físicos y biológicos, procesos de trabajo y condiciones de trabajo que pueden representar un riesgo para las madres primerizas y las mujeres embarazadas. La Comunidad Europea ha elaborado una serie de directrices adicionales sobre la evaluación de riesgos para respaldar la aplicación de la Directiva (Comisión Europea, 2000a). En el recuadro 37 se enumeran los factores cubiertos por las directrices. No obstante, estas no

Recuadro 37. Peligros y cuestiones cubiertas por las Directrices de la Comisión Europea sobre la evaluación de los riesgos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia

- Fatiga mental y física y jornada de trabajo (muchas horas, trabajo nocturno y trabajo por turnos)
- Problemas de posturas relacionados con la actividad de las mujeres embarazadas y las madres primerizas
- Trabajo con pesos
- Trabajo en solitario
- Estrés laboral
- Actividades de pie
- Actividades en posición sentada
- Falta de descanso y otras facilidades de bienestar en el lugar de trabajo
- Riesgo de infección o enfermedad renal como consecuencia de instalaciones higiénicas inadecuadas
- Peligros como consecuencia de una mala alimentación

- Peligros derivados de la falta de instalaciones o de instalaciones existentes inapropiadas para el amantamiento o la extracción de la leche
- *Shocks*, vibración o movimiento
- Radiación ionizante
- Radiación no ionizante
- Extremos de frío o calor
- Trabajo en atmósfera hiperbárica
- Agentes biológicos
- Agentes químicos, incluidos: mercurio, medicamentos antimetabólicos (citotóxicos); sustancias que pueden absorberse a través de la piel (incluidos algunos pesticidas); monóxido de carbono; plomo
- Manipulación manual de cargas
- Movimientos y posturas
- Viajes, dentro y fuera del lugar de trabajo
- Industrias extractivas subterráneas
- Trabajo con pantallas de visualización
- Equipo de trabajo y equipo y ropa de protección personal

Fuente: Comisión Europea (2000a).

mencionan cuestiones como la depresión postnatal, que puede constituir un grave problema para algunas mujeres a la hora de volver al trabajo.

Muchos Estados miembros han elaborado directrices adicionales sobre buenas prácticas y protocolos como complemento de sus propias legislaciones y en cumplimiento de la Directiva. Por ejemplo, España ha elaborado directrices sobre buenas prácticas, una guía de negociación, un protocolo y directrices para inspectores (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales español, 2002). Las iniciativas italianas incluyen varias directrices sobre la evaluación de riesgos relacionados con el embarazo y producidos por el ruido, las vibraciones y los medicamentos antineoplásicos (ISPESL, 2002). También cabe señalar que, en los lugares de trabajo, la exposición de todos los trabajadores a muchos de estos riesgos debería controlarse conforme a los requisitos establecidos en las directivas europeas de carácter más general, por

ejemplo las que cubren las sustancias peligrosas. La debida aplicación de la legislación general y específica y de las directrices en los lugares de trabajo contribuiría en gran medida a mejorar la salud de las mujeres embarazadas y del feto. Como complemento de lo anterior, también se debería promover una mayor sensibilización sobre los tipos de trabajos y tareas en los que pueden existir riesgos, así como la realización de estudios y el desarrollo de herramientas prácticas para una evaluación de riesgos y una intervención eficaces. Asimismo se deberían compartir las buenas prácticas existentes; y también resulta importante tener conocimiento de los derechos y prestaciones disponibles. En Finlandia, los resultados de varios estudios confirman que el número de solicitudes de permisos de maternidad por parte de mujeres embarazadas ha quedado por debajo de lo esperado debido a la falta de sensibilización de empresarios y trabajadoras.

Es necesario seguir estudiando los riesgos en este ámbito y la forma de prevenirlos, por ejemplo, mediante un análisis adecuado de los productos químicos que pueden afectar a la salud reproductiva y de las consecuencias del trabajo repetitivo, del ritmo de trabajo acelerado, de las posturas forzadas y de los esfuerzos estáticos. Es necesario prestar más atención a la hora de investigar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de la mujer, y se debería evaluar la eficacia de las medidas legislativas y de apoyo. El resto del capítulo se dedicará a los aspectos de la salud reproductiva que han sido objeto de menor atención y que no están cubiertos por ninguna legislación específica.

Trastornos menstruales y fertilidad

Entre los trastornos menstruales se incluyen la dismenorrea (fuerte dolor menstrual y calambres), la amenorrea (ausencia de menstruación), los ciclos irregulares, los ciclos anovulatorios y la reducción de la fertilidad. No se habla abiertamente de la menstruación, incluso entre mujeres, y es poco probable que aparezca entre la posible lista de síntomas de la salud relacionados con el trabajo en las listas de control y encuestas que normalmente se utilizan en las evaluaciones de riesgos. Si se formula la pregunta, las mujeres pueden mostrarse reticentes a responderla (Messing, 1998) y, además, las muje-

Recuadro 38

Los riesgos para la salud reproductiva de las mujeres en el sector sanitario incluyen exposiciones a:

- residuos de gases anestésicos,
- medicamentos antineoplásicos,
- desinfectantes y otros agentes químicos (por ejemplo mercurio entre los profesionales de la odontología),
- radiación no ionizante,
- radiación ionizante,
- trabajo por turnos y trabajo nocturno,
- trabajo físico pesado, manipulación manual y posturas de pie prolongadas,
- agentes biológicos,
- esfuerzo físico y psicosocial.

Fuentes: Figà-Talamanca (2000); Lindbohm y Taskinen (2000); Taskinen *et al.* (1999); Sallmén y Taskinen (1998); Axelsson *et al.* (1996).

res son reacias a que se preste atención a los «problemas de las mujeres» en el lugar de trabajo. A pesar de que es relativamente fácil llevar a cabo estudios que examinen las cuestiones relacionadas con la menstruación y la salud en comparación con otros aspectos de la salud reproductiva, apenas se ha investigado la cuestión del ciclo menstrual en relación con las exposiciones de origen laboral (Messing, 1998).

Recuadro 39. Un ejemplo de enfoque sensible al género de los estudios sobre fertilidad

Sallmén (2000) investigó si la exposición laboral a disolventes orgánicos o inorgánicos está asociada a una fertilidad disminuida. Los datos sobre el tiempo necesario para el embarazo fueron recopilados entre mujeres trabajadoras y esposas de trabajadores. Se estableció una correlación entre la exposición diaria o frecuente de la madre a los disolventes y una fertilidad disminuida. En particular, los hidrocarburos halogenados y los hidrocarburos alifáticos aumentaban el riesgo, y se observó que las mujeres que trabajaban en los servicios de limpieza en seco, fábricas de calza-

do y la industria del metal necesitaban más tiempo para quedarse embarazadas. No pudo establecerse una clara relación entre una exposición elevada de la madre al plomo y un aumento del tiempo necesario para el embarazo. El estudio también respalda ligeramente la hipótesis de que la exposición del padre a disolventes orgánicos reduce la fertilidad y de que la exposición al plomo inorgánico está relacionada con una concepción tardía. Se investigó la influencia que podía ejercer la limitación de la exposición sobre las parejas con embarazos mediante la inclusión de un estudio basado en un registro sobre la incidencia de embarazos dentro del matrimonio entre las esposas de los hombres objeto de estudio. Los resultados del estudio reforzaron la conclusión.

Se han realizado algunos estudios y, por ejemplo, Figà-Talamanca (1999) cita las siguientes exposiciones que se han asociado a los trastornos de menstruación:

- trabajo físico extenuante asociado a interrupciones del ciclo menstrual;
- trabajo exigente y estresante con efectos sobre la menstruación de las trabajadoras en sectores como la agricultura, la industria, el sector servicios, la enfermería, el transporte aéreo o las fuerzas armadas;
- estrés laboral asociado a la dismenorrea;
- exposición a hormonas y agentes alquilantes, por ejemplo en la industria farmacéutica, asociada a trastornos menstruales;
- exposición a hidrocarburos halogenados y fosfatos orgánicos, por ejemplo en la producción y utilización de pesticidas, asociada a trastornos menstruales (véase también Valls-Llobet, 2002);
- exposición a metales pesados como el plomo, el mercurio y el cadmio en la industria mecánica del metal, asociada a reglas irregulares y amenorrea;
- exposición de los profesionales de la odontología al mercurio empleado en las amalgamas dentales, asociada a una reducción de la capacidad para concebir;
- exposición al ruido ambiental y condiciones de trabajo de frío o calor en el sector de la alimentación, asociada a dismenorrea, trastornos hormonales y reducción de la fertilidad;
- exposición a disolventes como el benceno, el estireno, el disulfuro de carbono y el formaldehído, asociada a trastornos menstruales y de la función ovárica y a una reducción de la fertilidad;
- exposición a disolventes, incluso «dentro de los límites normales de exposición», por ejemplo, estireno, xileno, tolueno, tricloroetileno, tetracloroetileno, que se emplean, por ejemplo, en la limpieza en seco y en laboratorios, asociada a retrasos en la concepción.

Asimismo, el NIOSH (1999b) señala que la exposición al disulfuro de carbono (CS₂) está asociada a cambios del ciclo menstrual entre las mujeres que trabajan con rayón viscoso.

Normalmente, las mujeres experimentan síntomas premenstruales. El síndrome premenstrual consiste en numerosos síntomas, como cambios de humor, descuidos, falta de concentración, cansancio, trastornos del apetito, hinchazón abdominal, dolor de pechos, manos y pies hinchados, sofocos, dolor muscular, cefaleas y migrañas. La exposición a los factores de estrés en el lugar de trabajo puede contribuir a los síntomas del síndrome premenstrual o aumentarlos, ya que el estrés afecta al ciclo menstrual (Hatch *et al.*, 1999). La reducción del estrés puede aliviar los síntomas.

Una forma de estudiar la fertilidad es midiendo la capacidad de fecundación, es decir, la probabilidad de embarazo clínico en un ciclo menstrual determinado. Sin embargo, si se desea información sobre las limitaciones de algunos estudios sobre fertilidad, véase Baird y Strassmann (2000).

La endometriosis es una patología hormonal y del sistema inmunológico en la que las células que revisten el interior del útero (endometrio) se expanden a otras partes del cuerpo. Los síntomas son muy variados: trastornos menstruales, dolor abdominal moderado o agudo, problemas intestinales o infertilidad. Se desconoce la causa, pero cualquier investigación de las causas ambientales debería tener en cuenta las exposiciones laborales.

Libido (deseo sexual) y jornada laboral

Gran parte de los estudios de investigación sobre salud reproductiva se han centrado en agentes físicos, químicos y biológicos. Se ha prestado escasa atención al efecto de las exposiciones de riesgo de carácter psicosocial sobre la salud reproductiva. Un estudio examinó la relación entre la jornada laboral y la libido o deseo sexual (Pryce *et al.*). Se encontró una relación entre una

jornada laboral de muchas horas y trastornos de la libido en el caso de los hombres; y en el caso de las mujeres, entre la falta de flexibilidad de horarios y dichos trastornos. No obstante, como señalan los investigadores, el estudio no tuvo en cuenta el trabajo no remunerado en el hogar, aspecto que deberían cubrir las futuras investigaciones. En una encuesta realizada sobre la salud de un grupo de mujeres trabajadoras en la Toscana italiana, se observó una reducción de la libido, así como trastornos menstruales, en relación con el estrés laboral (Massai, 2001).

Menopausia

Se ha prestado poca atención al efecto de las exposiciones en el trabajo en relación con la aparición temprana de la menopausia. No obstante, algunos estudios indican que existe una relación entre la edad en el caso de la menopausia natural y las exposiciones ambientales. Por ejemplo, según Wise *et al.* (2002), existe un vínculo entre las dificultades económicas y la aparición temprana de la menopausia que probablemente responde a una combinación de factores, como el estrés y la exposición al humo del tabaco y otras toxinas. Cooper *et al.* (2002) examinaron las exposiciones a los bifenilos policlorinados (PCB) en plasma y al 1,1-dicloro-2,2bis(-clorofenil) etileno (DDE) y la edad en la menopausia natural. Encontraron una asociación entre el DDE y la aparición de la menopausia a una edad temprana similar a la relación entre el tabaco y la menopausia, pero no se halló relación alguna con los PCB. Llegaron a la conclusión de que es necesario realizar estudios prospectivos, en los que se mide la exposición antes de la aparición de la menopausia, para proseguir con las investigaciones.

En cambio, se ha prestado más atención a la posibilidad de que los cambios hormonales, como los provocados por la menopausia, produzcan trastornos musculoesqueléticos en mujeres, como el síndrome del túnel carpiano. No obstante, se desconoce en buena medida el papel de las

hormonas femeninas en el desarrollo de los trastornos musculoesqueléticos, y los estudios que se han llevado a cabo son poco consistentes. Los datos no confirman que el estatus hormonal sea un factor importante que modifique el efecto de las exposiciones ergonómicas en el trabajo sobre los trastornos musculoesqueléticos. En particular, conviene recordar que es probable que las trabajadoras de más edad hayan estado expuestas durante más tiempo a unas malas condiciones ergonómicas de trabajo, que son consideradas como las causantes de los trastornos musculoesqueléticos (Punnett y Herbert, 2000; Messing, 1998; Doyal, 2002).

Un estudio sobre la menopausia y el trabajo se basó en una encuesta realizada entre delegados de seguridad laboral en el Reino Unido (Paul, 2003). Se incluyó una pregunta sobre la menopausia en una encuesta general realizada entre delegados sindicales de seguridad sobre condiciones de trabajo, y un 22 % de los encuestados afirmó que las mujeres consideraban que el problema de la menopausia empeoraba con el trabajo. A raíz de esta conclusión, se llevó a cabo otra encuesta para analizar específicamente las implicaciones para la salud y la seguridad laborales. El informe de la encuesta menciona varios factores asociados con la menopausia que pueden empeorar con el trabajo o hacer más difícil su afrontamiento, entre los que cabe mencionar los siguientes: sofocos y sudores; dolor de cabeza, cansancio y fatiga; estrés, ansiedad y depresión; trastornos del sueño; sangrado menstrual abundante o más impredecible; sequedad e irritación de piel y ojos; efectos secundarios de la terapia de sustitución hormonal como náuseas y vómitos; urgencia urinaria; mayor riesgo de osteoporosis como consecuencia del trabajo sedentario, posturas limitadas, factores dietéticos o falta de luz (dieta y luz relacionadas con la carencia de calcio).

Los resultados de la encuesta sugieren varias formas en las que las políticas en materia de seguridad y salud laborales y las políticas de fo-

Recuadro 40

El Instituto Nacional Italiano para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo (ISPESL), en colaboración con varias universidades y centros de salud, lanzó un proyecto que abarcaba todos los ámbitos de los riesgos para la salud reproductiva de las mujeres trabajadoras, entre ellos el papel del trabajo en relación con la menopausia, el aumento del número de mujeres de más edad en el trabajo y la influencia del estrés laboral. El proyecto también incluye cuestiones como la sensibilización del público, la información y la educación sobre los riesgos para la salud reproductiva relacionados con el trabajo como elemento principal, ya que estos riesgos a menudo se subestiman. El proyecto está financiado por el Ministerio de Sanidad y sus objetivos son:

- evaluar los riesgos para la salud reproductiva entre las mujeres que trabajan en la agricultura;
- comprobar la posible relación entre la exposición en el trabajo a medicamentos antineoplásicos y la salud reproductiva, prestando especial atención a la reducción de la fertilidad;
- evaluar los efectos del trabajo sobre la edad de presentación de la menopausia, la regulación endocrina, las fracturas óseas y el sistema cardiovascular;
- fomentar y poner en marcha iniciativas para aumentar la sensibilización y la formación sobre la salud reproductiva relacionada con el trabajo y mejorar los servicios sanitarios destinados a las mujeres en este ámbito;
- realizar una investigación sobre la morbilidad y la mortalidad entre los trabajadores sanitarios y su descendencia;
- evaluar la fatiga mental y física en mujeres con profesiones del sector sanitario para mejorar la formación y las intervenciones.

Fuente: Papaleo et al. (2003).

mento de la salud pueden ayudar a la mujer a sobrellevar la menopausia. Entre las medidas de control y prevención se incluyen:

- temperatura de trabajo regulable, ajustando la humedad y la ventilación adicional;
- acceso a instalaciones de descanso y aseos adecuados y agua fría para beber;
- pausas flexibles y adecuadas para descansar y pausas para ir al baño;

- uniformes adecuados (ropa suelta y en varias capas) y ropa de protección;
- acceso a luz natural;
- asientos adecuados;
- reducción de las jornadas laborales excesivas y del estrés;
- variedad de comida sana, por ejemplo en las cafeterías de empresa o en máquinas expendedoras de comida;
- políticas laborales en materia de permisos para recibir tratamiento médico, condiciones de trabajo flexibles y utilización constructiva de las bajas por enfermedad;
- fácil acceso a información y asesoramiento;
- creación de un entorno de trabajo favorable y en el que la trabajadora se sienta respaldada.

Fuente: Paul (2003).

Salud reproductiva masculina

El interés por el feto y la mujer embarazada ha restado atención a cuestiones como la fertilidad y las alteraciones genéticas de hombres y mujeres trabajadores. No obstante, organizaciones como el NIOSH señalan que las tendencias observadas a nivel mundial sobre la reducción de

Recuadro 41. Legislación en materia de salud reproductiva

Aunque todos los Estados miembros de la UE han adoptado su legislación sobre la protección de las mujeres embarazadas en el trabajo, Finlandia es el único país cuya legislación en materia de salud laboral cubre los peligros para la salud reproductiva de modo más amplio. La evaluación de riesgos debe contemplar los «riesgos potenciales para la salud reproductiva», y la exposición a sustancias químicas peligrosas, y a agentes físicos y biológicos deberá reducirse de modo que «la seguridad, la salud o la salud reproductiva de los trabajadores no corran riesgo alguno». La evaluación de riesgos también debe tener en cuenta la edad, el sexo, las aptitudes laborales y otras capacidades personales de los trabajadores.

Fuente: Ley 738/2002 sobre seguridad y salud en el trabajo: Ministerio de Asuntos Sociales finlandés.

la cuenta espermática han suscitado preocupación sobre el papel de las sustancias químicas presentes en el trabajo y en el medio ambiente en general [sitio web del NIOSH (a); véase asimismo Comisión Europea, 1999].

Los pesticidas, la radiación y la exposición al plomo y al calor son algunos de los factores que afectan al esperma y a la fertilidad masculina (Messing, 1998; NIOSH, 1997). Es necesario seguir investigando los efectos de las exposiciones en el trabajo sobre la salud reproductiva. Con todo, cabe señalar que la aplicación de la legislación general vigente sobre sustancias peligrosas y agentes físicos en el lugar de trabajo contribuiría en gran medida a proteger la salud reproductiva de los hombres.

Los efectos de las horas de trabajo, la falta de flexibilidad laboral y la responsabilidad de las tareas domésticas

Puntos fundamentales

- El equilibrio entre el trabajo y la vida privada es esencial para todos los trabajadores. El exceso de horas de trabajo, los elementos «no estándar» en los horarios de trabajo y la falta de control del trabajador o de flexibilidad en la jornada laboral pueden contribuir a aumentar el desequilibrio entre la vida laboral y otros aspectos de la vida.
- Las políticas y prácticas destinadas a apoyar a los que asumen la responsabilidad de atender a otras personas beneficiarían especialmente a las mujeres.
- Los hombres con un trabajo a tiempo completo también desean trabajar menos horas, y los que tienen familia desean aprovechar las prácticas laborales que favorezcan la vida familiar. Los debates sobre la política de conciliación del trabajo y la vida privada también deberían abordar las jornadas laborales de los hombres, que deberían ayudar asimismo

a las mujeres que trabajan en ámbitos dominados por hombres.

- El contexto legislativo y social afecta en buena medida a la magnitud, el funcionamiento y el resultado de las políticas que apoyan a la familia.
- La vida laboral de las mujeres es más exigente desde el punto de vista físico y mental cuando realizan un «doble turno» de trabajo remunerado y otro no remunerado en casa. Un reparto más equitativo de las responsabilidades domésticas beneficiaría sin lugar a dudas a las mujeres, pero también podría conllevar cambios positivos para los hombres.
- Es necesario seguir investigando sobre lo que mujeres y hombres consideran que son horarios «compatibles» y prácticas y políticas eficaces destinadas a conciliar el trabajo y la vida privada; asimismo, deberían compartirse ejemplos de buenas prácticas.

En la UE ha aumentado el número de hogares en el que ambos miembros de la pareja trabajan, y en la mayoría de los Estados miembros los hogares en los que ambos trabajan son más numerosos que los hogares en los que solo trabaja el hombre (Franco y Winqvist, 2002). Como ya se ha debatido, existe un reparto desigual del trabajo no remunerado en el hogar, que recae en mayor medida en las mujeres, aunque ambos miembros de la pareja trabajen a tiempo completo. Esto significa que, para muchas mujeres trabajadoras, su vida laboral diaria es física y mentalmente más exigente y más estresante, ya que desempeñan dos trabajos: uno remunerado y otro que no lo es. Incluso cuando están enfermas, las mujeres a menudo tienen que seguir ocupándose de las necesidades de su familia, de modo que no descansan lo suficiente para poder recuperarse.

Varios estudios han señalado que esta doble carga de trabajo puede tener graves consecuencias para la salud y la seguridad, y las mujeres están más expuestas a esta situación (Bielenski y Hartmann, 2000; Fagan y Burchell, 2002; Yeandle et

al., 1999; Bercusson y Weiler, 1999; Kauppinen y Kandolin, 1998; Rohlf s *et al.*, 2002; Valls-Llobet *et al.*, 1999; Artazcoz, 2001). El estrés y la fatiga crónica pueden ser fruto del «doble turno», que puede provocar un aumento de la presión sanguínea entre las posibles consecuencias para la salud (Brisson *et al.*, 1999). Las jornadas laborales largas e inflexibles son factores que contribuyen claramente al estrés relacionado con el trabajo y dificultan el equilibrio entre la vida laboral y la privada. El levantamiento de pesos, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos son característicos de numerosas tareas domésticas, aunque hay pocos estudios en la materia (Punnett y Herbert, 2000). Los profesionales de la limpieza se encuentran entre los más expuestos a los mismos agentes químicos en casa y en el trabajo.

Tal como se ha comentado anteriormente, las diferencias de género en las horas de trabajo varían entre Estados miembros, incluida la magnitud del trabajo a tiempo parcial y el número de horas a tiempo parcial trabajadas, lo que refleja en parte la variación en los sistemas fiscales, las disposiciones sobre servicios de atención a la infancia y las disposiciones institucionales. En el caso de las mujeres, las tasas de desempleo y el número de horas trabajadas varían en función de la edad. Esto se verá influido en buena medida por sus mayores responsabilidades domésticas. Los estudios de investigación y las encuestas —por ejemplo los llevados a cabo por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo— han encontrado pruebas de la existencia de un deseo y una motivación claros por parte de hombres y mujeres de tener un empleo remunerado. Sin embargo, también se observó que un elevado porcentaje de mujeres y hombres con trabajos a tiempo completo desearía trabajar menos horas y dedicar más tiempo a su vida privada. Los hombres tienden a trabajar más horas semanales (más de 45 horas) y su ideal sería de 37. La incompatibilidad entre trabajo y familia aumenta conforme se prolonga la jornada laboral a tiempo completo y es más pronunciada en el caso de los que al-

canzan o superan el máximo de 48 horas previsto en la Directiva europea sobre el tiempo de trabajo. La preferencia por el trabajo a tiempo parcial está muy extendida, especialmente entre las mujeres, aunque muchos de los que trabajan a tiempo parcial preferirían trabajar más horas. En resumen, un elevado porcentaje de hombres y mujeres desearía modificar su jornada laboral para pasar de un trabajo a tiempo parcial de pocas horas o de una jornada laboral de muchas horas a un trabajo a tiempo parcial de más horas o a un trabajo a tiempo completo moderado (véase Atkinson, 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002c; Fagan *et al.*, 2001; Fagan y Burchell, 2002).

Según la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, tanto hombres como mujeres tienen más probabilidades de que su jornada laboral sea compatible con su vida privada si se trata de una jornada laboral diurna «estándar», semanal y de horas determinadas, y si no trabajan horas extra. Es mayor el número de hombres que de mujeres que notifica esta incompatibilidad, a menudo porque sus horarios de trabajo no presentan elementos «estándar» y porque suelen trabajar más horas semanales (Fagan y Burchell, 2002).

Recuadro 42

En el mercado laboral, tener hijos influye en buena medida en la participación de la mujer en particular. Según los datos estadísticos disponibles de once Estados miembros, el 72 % de las mujeres de entre 20 y 50 años sin hijos tiene trabajo, frente al 94 % de los hombres del mismo grupo. Esta cifra cae hasta el 54 % para las mujeres con hijos menores de 6 años, en comparación con una caída mucho menor, del 89 %, en el caso de los hombres del mismo grupo (Comisión Europea, *Social Agenda* n° 2, 2002).

Existe un claro desequilibrio entre la organización y los objetivos del trabajo, por un lado, y los compromisos y los objetivos fuera del trabajo, por otro, y las consecuencias suelen ser más notables en el caso de las mujeres, aunque hay margen para el cambio. Se debería prestar atención a la

Recuadro 43

Las políticas favorables a la vida familiar son

[...] políticas que facilitan la reconciliación del trabajo y la vida familiar mediante el fomento de la adecuación de los recursos familiares y el desarrollo infantil, lo que favorece la elección de los padres en relación con el trabajo y el cuidado, al tiempo que promueve la igualdad de género en las oportunidades de trabajo (OCDE, 2002). Algunos elementos característicos de las políticas favorables a la vida familiar son:

- servicios de guardería, como instalaciones en el lugar de trabajo o incentivos financieros;
- bajas por maternidad o paternidad;
- trabajo a tiempo parcial;
- baja para cuidar de los hijos cuando están enfermos;
- horarios y condiciones de trabajo flexibles;
- teletrabajo.

conciliación del trabajo y la vida personal para todos los trabajadores. Para ello se deben adoptar medidas en forma de políticas y prácticas destinadas a apoyar a los padres y cuidadores; en este sentido, parece que los trabajadores, tanto hombres como mujeres, respaldan ampliamente la necesidad de introducir mejoras en este ámbito (por ejemplo, ACTU, 2003).

Un informe de la OCDE señala una serie de consecuencias derivadas del fracaso de la reconciliación del trabajo y la vida familiar. Los padres (o los futuros padres) pueden decidir esperar cierto tiempo para tener hijos, tener menos niños de los que deseaban o no tener ninguno. Aunque algunos prefieren abandonar el mercado laboral para cuidar de los hijos, otros desearían seguir trabajando o trabajar más horas, pero no pueden hacerlo debido a que tienen un horario poco adecuado, por la falta de instalaciones para el cuidado de los niños, etc. Puede que otros trabajen más de lo que desean, lo que hace que la vida familiar se resienta, pudiendo desembocar en la ruptura de relaciones o en la desatención de los jóvenes (OCDE, 2002). Por

tanto, las políticas favorables a la familia constituyen una ventaja para los empresarios, por ejemplo, ya que les permiten conservar trabajadores cualificados y experimentados, atraer nuevo personal utilizando su imagen positiva y reducir el estrés de los empleados con hijos.

También conviene tener en cuenta una serie de cuestiones importantes y más generales, pero que no inciden en el ámbito de trabajo de este informe, como el acceso a servicios de atención a la infancia formales e informales, los ingresos familiares dentro y fuera del trabajo, las disposiciones destinadas a reconciliar la vida familiar con el trabajo y los programas de permisos para el cuidado de los hijos, y existen diferencias entre Estados miembros. Si se desea ver ejemplos y observaciones sobre cuestiones más generales, como la política gubernamental, la legislación y los sistemas fiscales, véase OCDE (2002). Su informe detallado recoge toda una serie de políticas de los Países Bajos, Dinamarca y Australia y señala que pueden surgir problemas con las políticas favorables a la familia, como el aumento de la segregación si solo se aplican en organizaciones o sectores con una fuerza de trabajo preferentemente femenina (véase asimismo Gonäs, 2002), y que el contexto legislativo y social afecta en buena medida a la magnitud, el funcionamiento y los resultados de dichas políticas.

En Finlandia, la legislación actual permite a las organizaciones ofrecer servicios de guardería a aquellos trabajadores que, de otro modo, permanecerían en casa para cuidar de sus hijos enfermos. Con arreglo a la legislación, los servicios de asistencia a la infancia pagados por el empresario son una prestación libre de impuestos para el empleado. Sin embargo, no todos los trabajadores se benefician necesariamente de esta prestación, ya que puede concederse únicamente a personas que ocupan un puesto clave o un alto cargo en la empresa. El trabajador tiene derecho a entre dos y cuatro días de servicios de asistencia a la infancia, que es el mismo tiempo que un empleado

puede permanecer en casa para cuidar de un hijo enfermo (Cancedda, 2001).

Aunque las prácticas que pretenden conciliar el trabajo con la vida familiar son voluntarias, parece que muchas empresas no se muestran convencidas de sus ventajas; por ejemplo, un estudio realizado recientemente en el Reino Unido reveló que solo el 3 % de los establecimientos objeto de estudio ofrecía programas de asistencia para los hijos de los trabajadores y que solo el 8 % ofrecía ayudas financieras para ello (Taylor, 2002). Sin embargo, cada vez hay más ejemplos de buenas prácticas (véase el recuadro 44).

Al igual que las horas de trabajo o los servicios de guardería, la cultura de una organización con respecto a las madres y padres primerizos también tiene sus repercusiones. Según un estudio sobre padres primerizos (Borrill y Kidd, 1994), las mujeres tienen más problemas que los hombres a la hora de abordar el cambio de su situación y sus expectativas con sus superiores, debido a sentimientos de inseguridad, ansiedad y desconfianza frente a la organización. Si se quiere fomentar el reparto de tareas en el hogar, es preciso actuar para cambiar los conceptos tradicionales de los roles de hombres y

mujeres. Según Artazcoz (2001), es necesario desarrollar actividades educativas sensibles al género en las escuelas, los lugares de trabajo y los medios de comunicación para aumentar la sensibilización respecto al reparto de roles y a las responsabilidades en el hogar.

Aunque las acciones positivas dirigidas a reconciliar el trabajo y la vida familiar son especialmente importantes para las mujeres, las políticas laborales favorables para la familia benefician a ambos padres, y los estudios de investigación indican que los hombres también están preocupados por esta cuestión (O'Brien y Shemilt, 2003). En el modelo de trabajo «tradicional», en el que los hombres trabajan a tiempo completo y donde se espera de ellos que trabajen muchas horas, muchos se quejan de que apenas ven a sus hijos crecer. Asimismo, las largas jornadas laborales de los hombres constituyen un obstáculo a su participación en los roles familiares (Kauppinen, 1999a; véase asimismo Kauppinen y Kandolin, 1998). Por tanto, los debates sobre la política de equilibrio entre trabajo y vida familiar deberían abordar tanto los horarios de los hombres como los de las mujeres. Asimismo, la mejora de los horarios de los hombres permitiría a las mujeres acceder y progresar en los

Recuadro 44

Un grupo de trabajo en un centro sanitario (hospital y servicios relacionados) del Reino Unido elaboró un enfoque de prácticas laborales y de tiempo de trabajo que permitía al personal combinar más fácilmente el trabajo con el resto de su vida. Una vez desarrollado el modelo, se presentó ante el comité de personal conjunto, un foro de directivos y los representantes del personal, antes de su aprobación definitiva. Al objeto de dotar a dicho modelo de mayor flexibilidad, se tuvieron en cuenta diversos aspectos: el trabajo a tiempo parcial, la jornada laboral reducida, el reparto del trabajo, la jornada escalonada, las horas anuales, el retorno progresivo al trabajo, el teletrabajo, la interrupción de la actividad profesional, los permisos especiales, los permisos parentales y las excedencias anuales personalizadas (un aumento del derecho de baja de hasta un máximo de 40 días al año, con una reducción proporcional del

salario o una reducción del derecho de hasta cinco días a una subida salarial adicional).

Una importante cadena de supermercados británica está revisando su política de equilibrio entre trabajo y vida privada con el fin de normalizar y actualizar toda una serie de estrategias ya en vigor. Entre las prestaciones actuales se incluyen: un aumento de la paga de maternidad, permisos de paternidad y parentales, la interrupción de la actividad profesional, la adopción y el fomento de permisos, permisos para tratamientos de fertilidad, permisos para casos de emergencia, permisos remunerados por defunción, instalaciones de asistencia a la infancia (solo en Londres), el trabajo a tiempo parcial, un horario flexible y el trabajo compartido.

Fuente: Creating a work-life balance: A good practice guide for employers, Ministerio de Comercio e Industria británico, 2000.

Recuadro 45. Los hombres también buscan un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar

Según una encuesta y una reseña para la Comisión de Igualdad de Oportunidades del Reino Unido, los padres, al igual que las madres, desean tener un trabajo compatible con su vida familiar. Los padres se ocupan aproximadamente de un tercio de la asistencia a la infancia, contribución que ha aumentado significativamente desde la década de 1970. Sin embargo, los padres tienen menos expectativas de poder acceder personalmente a prácticas laborales favorables para la familia y también tienen menor probabilidad de beneficiarse de las que se les ofrecen. El informe indica que, en particular, la cultura masculina de trabajar muchas horas y ganar mucho dinero (lo que significa que los padres tienen una menor probabilidad de recortar sus jornadas laborales en comparación con las madres, que suelen ganar menos dinero) impide a los hombres compartir en pie de igualdad la responsabilidad del cuidado de los hijos. El informe cita asimismo la experiencia de los países nórdicos, donde los Gobiernos han observado que los padres suelen solicitar un permiso parental si se dan cuatro condiciones fundamentales: si existe una cuota especial para los padres, si la compensación salarial es elevada, si existe flexibilidad a la hora de utilizar el permiso (por parte de padres y madres) y si la existencia de permisos para hombres se hace pública mediante campañas de sensibilización realizadas por el Gobierno.

Fuente: O'Brien y Shemilt (2003).

Un estudio de las 250 empresas más grandes de Suecia indica que existen cuatro actitudes distintas en relación con el deseo de un trabajador de participar más en el cuidado de los hijos en el hogar: las empresas con actitudes explícitamente positivas animan a los hombres a solicitar permisos de paternidad y se consideran en parte responsables de ofrecer a los hombres más oportunidades para compaginar el trabajo y la familia; el segundo tipo de empresa se muestra favorable a la baja por paternidad, pero en la práctica solo es así cuando la empresa considera que también le aporta ventajas a ella; el tercer tipo de empresa tiene una actitud «neutra»; y la cuarta practica la resistencia pasiva. También se encontró una relación entre la cultura de empresa y la solicitud por parte de hombres de bajas por paternidad, así como la composición por género de la mano de obra. Los hombres en las empresas dedicadas a los recursos humanos recurrieron a los permisos parentales más a menudo que los trabajadores en empresas más orientadas a la producción. Asimismo, las actitudes positivas de los compañeros y superiores con respecto a la baja por paternidad influyeron en el porcentaje de hombres que solicitaron dicha baja. Las empresas con mayor número de mujeres se mostraron más favorables a este tipo de permiso que las empresas en las que predominaban los hombres.

Fuente: Hwang (1999b).

ámbitos laborales dominados por los hombres, al tiempo que facilitaría una mayor participación de estos en el cuidado de los hijos y en otras tareas domésticas. Es necesario seguir investigando en relación con lo que las mujeres y los hombres consideran que es un horario de trabajo «compatible» y los motivos que les llevan a pensar de esta manera (Fagan y Burchell, 2002).

Por último, un mejor reparto de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos entre mujeres y hombres mejoraría la calidad de la vida laboral de las mujeres y facilitaría su participación en el mercado de trabajo, y también aportaría cambios positivos para los hombres. Basándose en los resultados de su investigación, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y

de Trabajo (2002c) manifiesta: «Las autoridades públicas y los interlocutores sociales desempeñan un papel fundamental en la elaboración de medidas encaminadas a fomentar la reconciliación del trabajo y la vida familiar. Son el centro de la herramienta para el cambio».

Pérdida de voz inducida por el trabajo: un riesgo cada vez mayor

Puntos fundamentales

- Existen pruebas de problemas de voz relacionados con algunos trabajos, como enseñar y hablar por teléfono.
- Las mujeres pueden correr más riesgo que los hombres debido a la segregación laboral.

- Existen buenas prácticas de prevención.
- Es necesario seguir investigando, concienciar a las personas y adoptar medidas de prevención.

Se dispone de una pequeña, pero creciente, cantidad de información y hay pruebas sobre la relación que existe entre el trabajo y los problemas de la voz. El término médico que define estos problemas es «disfonía». Esta patología no solo consiste en dificultades para hablar, sino que también viene acompañada de dolor, tensión, ronquera, tos irritante, incapacidad para modular, potencia vocal escasa o nula y dificultades respiratorias (HELA, 2001). Las personas que utilizan mucho la voz corren un mayor riesgo de esfuerzo vibratorio constante de la mucosa laríngea (que causa hinchazón y daños como la hemorragia mucosa) y de pólipos y nódulos de los pliegues vocales (Dijkers y Nikkels, 1995).

Además de los cantantes, este tipo de problemas se ha observado entre el profesorado (véase, por ejemplo, Cortázar López *et al.*, 2002; Harisinghani, 2000), el personal de asistencia diurna (por ejemplo, Sala *et al.*, 1999) y los trabajos en los que hay que utilizar mucho el teléfono (como telefonistas, venta por teléfono y centros de asistencia telefónica). Debido a la segregación laboral, los problemas de voz relacionados con el trabajo pueden afectar a más mujeres que hombres. Por ejemplo, en un estudio de 430 pacientes que acudían a la consulta del médico con problemas de voz, el 14 % de las mujeres presentaba problemas de las mucosas, frente al 10 % de los hombres (Bastian y Thomas, 2000).

Entre las medidas de prevención que se pueden adoptar cabe señalar las siguientes: diseño de los lugares de trabajo para reducir el ruido; in-

Recuadro 46. Salud vocal en los centros de asistencia telefónica

Los teleoperadores pasan una gran parte de su jornada laboral hablando por teléfono en comparación con otros trabajos típicos de oficina. En un estudio sobre el trabajo de telefonista, los participantes realizaron comentarios sobre la longitud de los textos, que es fuente de tensión para la voz. También expresaron su preocupación por la frecuencia y la duración de las infecciones de garganta. Sin embargo, es posible reducir el riesgo de sufrir problemas de voz si se siguen las buenas prácticas que se enumeran a continuación:

- Para reducir el riesgo de forzar la voz, los textos de bienvenida deberían fragmentarse, de forma que el teleoperador tenga suficientes pausas de micrófono a medida que la persona que llama responde a sus preguntas.
- Permitir a los teleoperadores beber en el lugar de trabajo para garantizar que la garganta está húmeda.
- Se debe animar a los teleoperadores a beber agua o refrescos sin cafeína para mantenerse hidratados, en lugar de té, café o refrescos con cafeína, que son diuréticos.
- Realizar estiramientos de cuello y hombros disminuye la tensión. Estos ejercicios pueden reali-

zarse en el lugar de trabajo o durante las pausas. Un aviso que aparezca en la pantalla de vez en cuando podría ser un recordatorio útil para que los teleoperadores realicen estos estiramientos.

- El riesgo de sufrir problemas de voz es mayor cuando se está resfriado. Asignar tareas que no impliquen hablar por teléfono al personal que se encuentra en tales circunstancias reduce este riesgo.
- Los micrófonos pueden obstruirse con restos de comida, maquillaje y polvo, afectando así a su eficacia. Enséñese a los teleoperadores a limpiar los micrófonos para mejorar el volumen de las señales transmitidas y evitar el riesgo de frustrar a los clientes que llaman o de forzar la voz.
- Ofrecer a los teleoperadores información sobre el riesgo de disfonía, los distintos síntomas de la patología y la forma de reducir el riesgo.
- Cualquier buena práctica en materia de salud vocal, que pueda afectar sustancialmente a la salud y la seguridad de los teleoperadores, debería introducirse con la colaboración de los afectados y sus representantes.

Fuentes: HELA (2001). Véase asimismo BIFU; «Voice Care Network».

terrupciones; medidas para reducir el estrés en el trabajo; prestar atención a la humedad del aire; acceso a bebidas; evitar hablar cuando se está resfriado; formación para hablar con los músculos de la laringe relajados, utilizando el tono óptimo de la laringe y proyectando la voz; formación y concienciación para reconocer los síntomas en su fase temprana y qué tipos de voz hay que evitar (véase el recuadro 46).

Se recomienda realizar más investigaciones y adoptar medidas de prevención en el aula. Entre las posibles diferencias de género que pueden investigarse se incluyen las siguientes: distinto tono de voz de hombres y mujeres (en determinadas circunstancias, algunos tonos son más fáciles de oír que otros; por tanto, estas personas no tienen que levantar tanto la voz) y segregación laboral (en la enseñanza, un mayor porcentaje de mujeres trabaja con niños más pequeños en comparación con los hombres. ¿Son algunos grupos de edad más ruidosos que otros?). Es necesario adoptar medidas de sensibilización y prevención.

Apariencia

Algunos trabajos requieren que los empleados lleven un tipo de ropa específico, y esta obligación no debería suponer un problema para la salud y la seguridad. Aunque estas obligaciones se aplican tanto a hombres como a mujeres, pueden afectar en mayor medida a las mujeres.

Los uniformes deben diseñarse teniendo en cuenta las características del trabajo. Por ejemplo, en algunos países, el uniforme de las enfermeras solía ser bastante ajustado, con una falda recta. Algunas también tenían que llevar una cofia. Tanto los vestidos como los accesorios para la cabeza pueden obstaculizar el movimiento a la hora de realizar las tareas con seguridad, como el manejo manual, mientras que los pantalones o las faldas pantalón son la solución más práctica (Rogers y Salvage, 1988). Al menos —en el ámbito de la asistencia sanitaria— se tiene conciencia de este problema [véase por

ejemplo la Health and Safety Commission (1998)], y la adecuación de la ropa se menciona en la Directiva europea sobre manipulación manual de cargas. No obstante, en otros trabajos —por ejemplo en el caso del personal de venta de un establecimiento, que también puede llevar a cabo este tipo de tareas— se tiene menos conciencia del riesgo adicional. Tal como se ha mencionado, la obligación de llevar ropa específica puede constituir un problema para las mujeres que están en la menopausia y que sufren sofocos, y estas deberían poder llevar ropa suelta y en capas (Paul, 2003).

Estas obligaciones pueden afectar asimismo al tipo de calzado utilizado. Un calzado inadecuado puede contribuir a que se produzcan tropiezos o resbalones o puede resultar incómodo si el trabajo implica pasar mucho tiempo de pie o caminando. En algunos empleos —como la venta minorista de calzado—, el personal puede llevar tacones o calzado con suelas resbaladizas que suponen un obstáculo a la hora de subir escaleras para alcanzar el material almacenado. Los modelos que tienen que llevar tacones extremadamente altos, estrechos o plataformas corren el riesgo de sufrir caídas, tropiezos y torceduras o roturas de tobillo. Los trabajadores tienen que llevar un calzado que sea adecuado para su entorno de trabajo, teniendo en cuenta el tipo de trabajo, la superficie del suelo, sus condiciones específicas y las propiedades antideslizantes de la suela (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2001c).

En algunos trabajos puede existir cierta presión, aunque no sea explícita, para cumplir requisitos de apariencia física que pueden ser perjudiciales para la salud si se exigen durante un período prolongado. Los actores pueden ganar o perder peso en un breve espacio de tiempo para interpretar un papel determinado, o, en general, tanto los actores como las actrices pueden sentirse presionados para mantener un aspecto juvenil para seguir trabajando, aunque esta pre-

sión probablemente sea mayor en el caso de las mujeres. Los requisitos que deben cumplir las modelos en relación con su aspecto físico —como mantener un determinado peso corporal— pueden ser muy estrictos; además, otros ámbitos del sector de la moda —como el de la joyería— pueden ejercer presión sobre su personal femenino, al existir la convicción de que un personal con apariencia de modelo vende mucho más. Antes se esperaba de las azafatas de vuelo que cumplieran ciertos requisitos de apariencia, por ejemplo referidos al peso, aunque estos son ahora menos estrictos.

Salud y seguridad de las mujeres en la agricultura

Puntos fundamentales

- El sector agrícola sigue dando trabajo a un número significativo de mujeres en algunos Estados miembros y en los países candidatos.
- Muchas más mujeres contribuyen como esposas, parejas o familiares; estas trabajadoras no están cubiertas por la legislación en materia de seguridad y salud laborales.
- Las mujeres se concentran en los trabajos básicos del sector agrícola.
- Aunque la tasa de accidentes es mayor en el caso de los hombres, tanto estos como las mujeres registran un alto porcentaje de accidentes en el sector.

El Parlamento Europeo (2002), en su debate sobre una estrategia comunitaria de seguridad y salud en el trabajo, ha destacado la necesidad de prestar más atención a las mujeres que trabajan en el sector agrícola.

Este sector da trabajo a un número considerable de mujeres y hombres en la UE. La agricultura es el quinto sector con mayor número de trabajadores varones en la UE —un 5 % de la mano de obra total— y el séptimo con mayor número de mujeres —un 3 % del total de mujeres trabajadoras—. En Grecia y Portugal, la agricultura si-

que siendo el sector que contrata a más mujeres (Dupré, 2002). En los países candidatos, su importancia es mucho mayor, ya que representa el 21 % de los trabajadores en comparación con el 5 % en la UE, según datos de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Paoli, 2002), siendo el porcentaje en Rumanía del 45 %. Este sector es más importante en los países candidatos que en los Estados miembros, incluso en lo que respecta al trabajo femenino. Muchas mujeres también contribuyen como esposas, parejas o familiares de agricultores, y el trabajo temporal y ocasional —por ejemplo durante la época de cosecha— es probablemente una característica importante del trabajo de las mujeres en este sector. Por tradición, una explotación agrícola en Europa es un negocio familiar en el que suele trabajar básicamente la pareja, siendo la mujer la que ayuda al marido en las numerosas tareas diarias (Fremont, 2001). En los Estados Unidos está aumentando la participación de la mujer en la agricultura, donde muchas hijas entran a formar parte del negocio familiar (McCoy *et al.*, 2002). De los colaboradores familiares empleados en el sector agrícola de la UE, el 38 % son mujeres (Linares, 2003, y véase el recuadro 47).

Recuadro 47

Por lo general, las mujeres que colaboran con su familia en las labores agrícolas:

- representan el 38 % de los trabajadores en empresas familiares;
- son mayores que los hombres;
- trabajan a tiempo parcial (86 %);
- son cónyuges del propietario (tres de cada cuatro cónyuges son mujeres, casi uno de cada cuatro propietarios son mujeres);
- dirigen pequeñas explotaciones.

Fuente: Linares (2003): «Women and men in agriculture: a statistical look at the family labour force», *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 4/2003, Eurostat.

Las tareas suelen repartirse en función del género; por ejemplo, tradicionalmente en algunas explotaciones los hombres recogen manzanas (lo que implica trabajar subido a una escalera) y las mujeres recogen la fruta madura del suelo (lo que supone trabajar agachado). Los recolectores de manzanas ganan más dinero.

Las mujeres suelen concentrarse en las tareas básicas del sector agrícola (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002c). Las mujeres que dirigen una explotación agrícola son generalmente mayores que los hombres y su formación agrícola suele ser de menor nivel que la de estos (Fremont, 2001).

De acuerdo con los datos de Eurostat, ajustados al número de horas trabajadas, en la UE se registra una tasa de accidentes de hombres en el sector agrícola alrededor de 1,5 veces superior a la tasa de mujeres. Esto se puede comparar con la correspondiente tasa en los sectores de la manufactura —2,33 veces superior— y de la construcción —3,33 veces superior— (véase el cuadro 1 y el gráfico 3 del anexo 7). Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, los agricultores registran un alto porcentaje de problemas dorsales (57 %) y es una de las profesiones con más probabilidades de sufrir accidentes: un 13 % afirmó haber sufrido un accidente frente a una media del 7 %. Hasta un 41 % de los trabajadores de los sectores agrícola y pesquero consideran que su salud y seguridad están en riesgo como consecuencia de su trabajo (Paoli y Merllié, 2001).

Entre los riesgos existentes en las granjas se incluyen la exposición a pesticidas (que pueden repercutir sobre la salud reproductiva), la exposición a enfermedades transmitidas por animales, la manipulación manual y el trabajo repetitivo en posiciones forzadas, la exposición a los rayos nocivos del sol y a condiciones meteorológicas frías y húmedas, la utilización de maquinaria peligrosa, etc. (véase el anexo 8).

Según McCoy *et al.* (2002), hasta la fecha pocos estudios han examinado los accidentes laborales sufridos por las mujeres que trabajan en la granja. Se sabe aún menos hasta qué punto se reconocen los riesgos laborales cuando las mujeres solicitan asistencia médica. Por otra parte, los estudios indican que las diferencias de tamaño y estatura, la mayor tensión física y el menor consumo de oxígeno máximo pueden predisponer a la mujer a accidentes relacionados con la ergonomía. De nuevo, el diseño de las herramientas y del equipo para una población diversa constituirá un problema y, por tanto, es necesario examinar el trabajo realmente ejercido por las mujeres en el sector agrícola en relación con la seguridad y la salud laborales.

La gran cantidad de mujeres que colaboran con su pareja en las empresas agrícolas familiares y que no son empleadas pueden quedar excluidas del ámbito de aplicación de la legislación en materia de seguridad y salud en el trabajo. Algunos Estados miembros, como el Reino Unido, han decidido tratar a este tipo de trabajadores como empleados en lo que respecta a la aplicación de la legislación sobre seguridad y salud laborales, y han abordado esta cuestión en diversas directrices sobre el sector (Health and Safety Commission, 1999).

Salud y seguridad en el sector pesquero

El sector pesquero está dominado por los hombres, especialmente el trabajo en alta mar, donde las mujeres solo representan el 3 % de la mano de obra, ya que participan más en otras actividades: acuicultura; procesamiento (donde numerosas mujeres realizan tareas que no requieren una gran cualificación o un nivel elevado); gestión y administración; y, como en el sector agrícola, apoyo informal a los cónyuges y parejas que salen a pescar, desempeñando un papel importante, aunque infravalorado.

Un estudio de la Unión Europea realizado para la Comisión Europea abordó las cuestiones relativas

a la igualdad entre mujeres en este sector, aunque no se ocupó de la seguridad y la salud laborales. Según el estudio, las mujeres no se sienten bien recibidas en el sector de la navegación marítima, pero tienen poco interés en participar en él por motivos de salud, seguridad y bienestar, debido al duro trabajo físico que entraña, la necesidad de instalaciones adicionales a bordo, la naturaleza peligrosa del trabajo, el problema de las tripulaciones mixtas en barcos abarrotados de gente y la «brusca» cultura masculina a bordo. En otros segmentos del sector donde la presencia de mujeres es mayor se detectaron importantes indicios de discriminación. Según el estudio, la formación profesional y la educación suelen ser cruciales para mejorar la posición y las perspectivas de las mujeres en el sector. La seguridad y la salud no se mencionaron como temas de formación, pero sería lógico incluirlos en cualquier iniciativa de formación. Al igual que en el sector agrícola, muchas mujeres ayudan a sus maridos o parejas que salen a navegar, realizan tareas de gestión, administración, comunicación y comercialización y les brindan apoyo práctico. En el estudio también se recomendó impartir formación a estas mujeres, incluida sobre la seguridad en el mar (MacAlister Elliott y Partners, 2002). La estrategia de la Comunidad Europea sobre seguridad y salud en el trabajo para 2002-2006 menciona asimismo la importancia que reviste fortalecer el papel de la mujer a la hora de mejorar las condiciones de trabajo y seguridad en la industria pesquera.

Salud y seguridad de los empleados a domicilio y de los teletrabajadores

Puntos fundamentales

- Tanto el servicio doméstico como el trabajo a domicilio están dominados por las mujeres y constituyen sectores de empleo típicamente femeninos.
- En estos ámbitos se puede llevar a cabo una gran diversidad de tareas que exponen a las trabajadoras a diversos peligros.
- El escaso acceso al asesoramiento en materia de seguridad y salud laborales, información y formación, el aislamiento y una situación de empleo informal y precario son algunos de los factores que pueden aumentar la exposición a los riesgos para este grupo de trabajadores, en comparación con los que realizan tareas similares en empresas.
- Muchos trabajadores a domicilio son autónomos, de modo que quedan fuera del ámbito de aplicación del marco legislativo europeo, y el personal doméstico está específicamente excluido.

El Parlamento Europeo (2002), en su debate sobre una estrategia comunitaria de seguridad y salud en el trabajo, ha destacado la necesidad de abordar la protección de la seguridad y la salud laborales de los empleados del hogar y los trabajadores a domicilio. Este grupo, en el que predominan las mujeres, escapa al ámbito de aplicación del marco legislativo europeo en materia de seguridad y salud laborales. El trabajo se caracteriza por la ausencia de derechos laborales, su temporalidad y la baja remuneración. Gran parte del trabajo no se declara. Según las cifras de Eurostat, el 2 % de las mujeres trabaja en hogares privados, siendo este el octavo sector de empleo para las mujeres (Eurostat, 2002b). Algunas mujeres pueden optar a este tipo de empleo, ya que su flexibilidad se ajusta a sus obligaciones familiares, por ejemplo.

Empleados del hogar y trabajadores a domicilio

El trabajo doméstico remunerado es de naturaleza diversa e incluye tareas de limpieza, lavandería, plancha, cocina, cuidado de niños, personas mayores y enfermos, ayuda en las celebraciones familiares, jardinería y mantenimiento del hogar (Cancedda, 2001; Lutz, sin fecha), sin olvidar la exposición a los riesgos asociados a este trabajo. Algunos ejemplos de riesgos son la exposición a productos químicos tóxicos, el levantamiento de

cargas pesadas, los movimientos repetitivos, las posturas forzadas y el trabajo de pie (Valls-Llobet *et al.*, 1999). Estas trabajadoras también corren el riesgo de sufrir intimidaciones y acoso por parte de las personas para las que trabajan, debido a su situación vulnerable y aislada. Pueden trabajar dos horas diarias en una casa, aunque normalmente trabajan en varias casas, o pueden ser contratadas 24 horas al día y vivir en el mismo lugar de trabajo. El trabajo doméstico es una de las principales áreas de empleo para las inmigrantes (Cancedda, 2001) y estas pueden ser mucho más vulnerables; se han llegado a notificar casos en los que las mujeres trabajaban prácticamente en condiciones de esclavitud, como prisioneras del hogar.

Aunque no hay mucha información disponible sobre este sector, la información existente pone de relieve el alto riesgo que entraña este trabajo; Vogel (2002), por ejemplo, cita los datos relativos a los accidentes ocurridos en Bélgica en 1998, que «muestran un porcentaje general de gravedad muy por encima de la media del sector» (12,10 % frente a un 2,18 %).

En un informe realizado para la Comisión Europea sobre las trabajadoras inmigrantes del servicio doméstico, Anderson y Phizacklea (1997) enumeran los siguientes problemas comunes a los que se enfrentan las empleadas del hogar:

- horas no remuneradas;
- bajos ingresos, a menudo por debajo del salario mínimo; denegación de salario en caso de despido tras un período de prueba;
- negativa de los empleadores a regularizar su situación (por motivos fiscales);
- control y acoso sexual;
- presiones para realizar tareas adicionales (para amigos y compañeros);
- cargas de trabajo excesivas, especialmente cuando, además de tener que cuidar de niños y personas mayores, deben ocuparse de otras tareas domésticas;
- relaciones muy íntimas entre los asistentes domésticos y las personas para las que trabajan.

Los empleados del hogar tienen incluso menor probabilidad que las mujeres que realizan tareas similares en empresas de recibir información, instrucción y formación sobre los riesgos para la salud y la seguridad. Las personas que los contratan tampoco suelen recibir información sobre los riesgos a los que se exponen dichos trabajadores ni sobre su prevención. Si se realiza una búsqueda en Internet, se puede encontrar información útil para los empleadores sobre cómo investigar los antecedentes penales de los trabajadores e incluso sobre la posibilidad de transmisión de enfermedades por parte de dichos trabajadores, pero no hay información disponible sobre la forma de garantizar su seguridad. El hecho de que este grupo de trabajadores quede excluido del sistema de seguridad y salud laborales es probablemente una de las razones que explican la falta de información disponible sobre este tipo de trabajadores y dirigida a los mismos. Además, se trata de un grupo

Recuadro 48

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Cancedda, 2001) llevó a cabo una encuesta sobre el servicio doméstico en ocho Estados miembros. Los resultados indican que este tipo de trabajo —y en particular el cuidado de niños y personas mayores— puede ser satisfactorio y gratificante para los trabajadores más motivados. Según la encuesta, el trabajo en el servicio doméstico expone a los trabajadores a esfuerzos mentales y físicos, y a menudo reciben un apoyo inadecuado. Los trabajadores del servicio doméstico son principalmente mujeres y la mayor parte de los trabajos creados en este ámbito tiene una escasa consideración social, son de baja cualificación y están mal retribuidos. Suele tratarse de trabajos a tiempo parcial y, dado que se paga por horas y poco, los trabajadores consideran que el trabajo parcial es más una limitación que una opción. En cuanto a la protección social, existen grandes diferencias entre países. Algunos países han intentado adoptar medidas que están a medio camino entre el trabajo como autónomo y el trabajo por cuenta ajena, por ejemplo mediante las agencias de servicios. Esto puede ofrecer unos ingresos fijos y garantizar unas prestaciones sociales mínimas (Cancedda, 2001).

Recuadro 49. Empleados del hogar en España

El sector del servicio doméstico en España está dominado por las mujeres y se está convirtiendo en la principal forma de integrar a las inmigrantes en el mercado laboral. Los trabajadores del hogar están cubiertos por leyes especiales en materia de prestaciones de empleo y seguridad social, que son inferiores en muchos aspectos a las aplicables al resto de trabajadores. Existen pruebas obtenidas de diversas investigaciones de que la economía sumergida y en situación irregular representa el 60 % del total de trabajadores, y de que el 35 % de los trabajadores regularizados son inmigrantes. El empleo suele ser de naturaleza irregular, y tanto las condiciones salariales como laborales son malas. Sobre todo en el caso de los que viven en el mismo lugar de trabajo, el salario es bajo, ya que el alojamiento, la manutención, etc., se consideran pago en especie. En España hay casi 400 000 hogares con empleados domésticos y se trata de un grupo con escasa representación. Sin embargo, en 2002, los sindicatos españoles plantearon todos estos problemas (Albarracín, 2002).

de trabajadores con escasa representación, por ejemplo de los sindicatos.

Australia ha introducido una serie de cambios en su legislación en materia de empleo e indemnizaciones para incluir a los empleados del hogar. En 1998, estos trabajadores fueron incluidos por ley en el régimen de compensación australiano y en 2002 se modificaron varios artículos de la Ley del trabajo para incluirlos (capítulo 93 de la Ley del trabajo, normas laborales aplicables a los trabajadores del hogar).

Teletrabajo

Trabajar desde casa no es un fenómeno nuevo; sin embargo, las tecnologías de la información han aumentado las posibilidades de este subgrupo, con frecuencia denominado «teletrabajadores». Estos realizan diversas actividades que incluyen corte y confección, embalaje, montaje, soldadura y televenta. La evolución de la tecnología brinda a los trabajadores cada vez más po-

sibilidades para trabajar desde casa. Por tanto, los teletrabajadores no son un grupo homogéneo, y las cuestiones de seguridad y salud laborales a las que se enfrentan son diversas. No obstante, un alto porcentaje lo componen mujeres. La autoridad nacional británica en materia de seguridad y salud en el trabajo llevó a cabo un estudio sobre el teletrabajo y la salud y seguridad laborales, como respuesta a las preocupaciones de que las condiciones de trabajo de parte de estos trabajadores podrían ser inaceptables en «circunstancias normales» (O'Hara, 2002). Dicha investigación se basó en varios estudios, discusiones de grupo específicas con los teletrabajadores y entrevistas con los empresarios. Su objetivo era arrojar un poco de luz sobre las tendencias, los motivos del teletrabajo y los factores de riesgo a los que se enfrentan los teletrabajadores británicos, así como formular recomendaciones para posteriores investigaciones sobre la salud y la seguridad de los teletrabajadores.

Entre las principales conclusiones del informe se incluyen las siguientes:

- En el Reino Unido, los teletrabajadores representan el 2,3 % de los asalariados. Las encuestas de censo y de población activa ofrecen datos que revelan un aumento considerable del número de personas que trabajan en casa desde comienzos de la década de 1980.
- Las mujeres constituyen la mayoría de los que trabajan principalmente en casa, aunque los hombres tienen mayor probabilidad de trabajar en casa con carácter ocasional. Las teletrabajadoras trabajan principalmente en el sector manufacturero, en comparación con las que no trabajan en casa, mientras que en el caso de los hombres sucede lo contrario.
- Las minorías étnicas están infrarrepresentadas en el teletrabajo en comparación con los asalariados en general, pero son mayoría en el teletrabajo de carácter manual y mal remunerado.

- Los principales sectores industriales en los que se desarrollan actividades de teletrabajo son los servicios empresariales y la manufactura; las principales tareas son la costura, el montaje y el embalaje y tareas no manuales de administración, secretariado y oficina. Los principales proveedores de teletrabajo son las pequeñas empresas.
 - Las principales razones que llevan a trabajar en casa son: el cuidado de los hijos, motivos financieros y la flexibilidad; mientras que las principales desventajas son: la baja remuneración, el aislamiento, la desorganización y la irregularidad del trabajo. Entre los principales motivos que llevan a contratar a teletrabajadores se incluyen la flexibilidad a la hora de hacer frente a las fluctuaciones de los flujos de trabajo, la reducción de costes, el espacio limitado y la solución para las necesidades de cuidado de los hijos; mientras que las principales desventajas son las dificultades de supervisión y el escaso contacto con el personal.
 - Algunos ejemplos de riesgos ambientales derivados del teletrabajo son: falta de espacio, suciedad, olores, ruido, peligros eléctricos y fuego. Entre los peligros que pueden ocasionar accidentes y enfermedades se incluyen las malas posturas al sentarse, el trabajo repetitivo, la manipulación manual de sustancias como soldaduras, pegamentos y pinturas. Los principales problemas de salud experimentados por los teletrabajadores son trastornos musculoesqueléticos, dolor de ojos, estrés, cefaleas y tensión mental.
 - Los estudios de investigación proporcionan pruebas de accidentes que afectan a los teletrabajadores y a terceras personas en su casa, incluidos los niños. Los accidentes y los problemas de salud no suelen comunicarse a la empresa que suministra el trabajo. Incluso aquellos teletrabajadores que habían solicitado tratamiento médico no siempre informaban a los profesionales sanitarios de que su problema estaba relacionado con el trabajo.
 - Los niveles de sensibilización sobre cuestiones de salud y seguridad parecen ser bastante bajos, al igual que el acceso a información en materia de seguridad y salud laborales, equipos y formación. Los teletrabajadores no habían recibido ninguna formación oficial y no estaban familiarizados con la legislación en materia de seguridad y salud laborales relevante para el teletrabajo. Tampoco se habían realizado evaluaciones de riesgos y existe una alta tasa de accidentes no notificados.
 - Muchos teletrabajadores se muestran a favor de que las inspecciones de trabajo presten más atención al teletrabajo y de que se realicen visitas al domicilio de los trabajadores. En relación con el tipo de información que podría resultar de interés, algunos expresaron su preferencia por folletos breves, que son más específicos con respecto a los distintos tipos de actividades. También se mencionó la posibilidad de traducir la información, los vídeos y otros formatos gráficos.
 - Tanto los teletrabajadores como las empresas que los contratan parecen confusos con respecto al estatus laboral y sus consecuencias para la salud y la seguridad.
- A continuación se enumeran algunas de las recomendaciones del informe:
- Es necesario seguir investigando, por ejemplo, para: obtener datos más recientes; obtener información básica; examinar las diferencias entre teletrabajadores en los distintos sectores y establecer una comparación entre los que trabajan en casa parte del tiempo y los que trabajan en casa todo el tiempo, por un lado, y entre los que trabajan en casa y los que lo hacen en la empresa y que realizan el mismo trabajo, por otro; averiguar qué tipo de herramientas e intervenciones son las más adecuadas; y explorar cuestiones como las referidas a los teletrabajadores que trabajan desde casa por motivos de salud o discapacidad que les impiden ir al trabajo.

Recuadro 50. El Acuerdo de diálogo social europeo sobre teletrabajo incluye la seguridad y la salud

El subgrupo de trabajadores a domicilio más recientes que utilizan la tecnología de la información, por la que su casa con frecuencia se convierte en su oficina, se conoce como «teletrabajadores». Existe un Acuerdo marco europeo sobre teletrabajo suscrito por los interlocutores sociales (organizaciones patronales y sindicales UNICE/UEAPME, CEEP y CES) que incluye elementos relativos a la seguridad y la salud.

Se trata de un buen ejemplo de integración de la seguridad y la salud laborales en los distintos ámbitos del empleo. Este acuerdo voluntario prevé un período de ejecución de tres años, a partir de julio de 2002. Para más información, véase:

- Comisión Europea, sitio web de la DG Empleo y Asuntos Sociales (b), «Framework agreement on telework» («Acuerdo sobre teletrabajo»).
- Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (2002b), *Social Agenda* nº 2. 2002;
- Sitio web de InfoBASE.

- Realizar estudios de caso por sectores de las buenas prácticas en materia de seguridad y salud de los teletrabajadores, que deberán emplearse para elaborar directrices que contribuyan a identificar los riesgos y las medidas de control adecuadas. A la hora de desarrollar estas directrices convendría realizar pruebas y abordar la necesidad de traducir dichas directrices a otras lenguas distintas del inglés.
- Estudiar la posibilidad de implantar un sistema fiable para registrar los datos sobre accidentes y enfermedades en este grupo.
- Encontrar medios más eficaces de comunicación entre los teletrabajadores y las empresas que los contratan para intercambiar información sobre seguridad y salud laborales.
- Aclarar la confusión que existe en relación con la cobertura que las distintas normativas ofrecen a los teletrabajadores que trabajan en régimen autónomo.

ciona en el lugar de trabajo. El equipo y la ropa de protección suelen estar diseñados para hombres de estatura media. La función de protección del equipo y la ropa (como máscaras de oxígeno, guantes y botas de trabajo) puede verse mermada si estos no se adaptan debidamente a la constitución de las mujeres trabajadoras (hoja informativa del NIOSH). También pueden constituir un obstáculo a la hora de realizar el trabajo de forma segura y adecuada.

El NIOSH calcula que la participación de las mujeres en el sector de la construcción estadounidense aumentará en los próximos 10 a 15 años. A raíz de ello, realizó entrevistas y encuestas y, basándose en ellas, elaboró una lista de ideas y observaciones destinadas a ofrecer protección en materia de seguridad y salud a la diversa mano de obra de este sector. Se destacaron cuestiones como la formación, el equipo de protección, las instalaciones sanitarias, la cultura organizativa y los peligros ergonómicos y reproductivos (NIOSH, 1999a).

Seguridad y salud laborales de mujeres que trabajan en áreas «no tradicionales»

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) está realizando una investigación sobre la salud y la seguridad de mujeres que trabajan en sectores no tradicionales. Señala que las mujeres con trabajos no tradicionales pueden verse expuestas a riesgos para la salud y la seguridad derivados del equipo o la indumentaria que se les propor-

Las mujeres que trabajan en entornos laborales no tradicionales también pueden estar expuestas a factores de estrés específicos. Por ejemplo, pueden estar expuestas al acoso sexual y a la discriminación en función del género.

Asimismo es fundamental que las condiciones de trabajo no constituyan una barrera para las mujeres que deseen acceder a sectores de empleo no tradicionales.

Recuadro 51. Mujeres en el sector del transporte: un ejemplo de empleo «no tradicional»

Aunque antes se consideraban poco comunes, los trabajos que implican viajar no constituyen un nuevo ámbito laboral para las mujeres. En el siglo XIX, por ejemplo, las escocesas que trabajaban en el sector pesquero solían viajar cientos de kilómetros para seguir los arenques y limpiarlos (Kumpulainen, 2000). No obstante, en las últimas décadas, el porcentaje de mujeres con trabajos que conllevan movilidad física ha aumentado con rapidez. Uno de los principales problemas que plantea este tipo de trabajo es la conciliación del trabajo y la vida familiar.

Los conductores de trenes y camiones, los pilotos y otros trabajadores del sector del transporte han sido

tradicionalmente hombres, aunque el número de mujeres está creciendo de forma gradual. La Federación Internacional de los Trabajadores del Transporte realizó varias encuestas entre sus miembros en los ámbitos de la aviación civil, personal portuario, pesca, navegación interior, ferrocarril, transporte por carretera, viajes por mar y servicios turísticos. Los resultados muestran que las mujeres que trabajan en el sector del transporte son objeto de varias formas de discriminación: las normas y actitudes relativas a la contratación, el salario y la promoción, la maternidad, el estado civil y la imagen de la compañía son más favorables para los hombres. La industria del transporte también se caracteriza por un alto riesgo de violencia (Federación Internacional de los Trabajadores del Transporte, 2000, 2002).

El trabajo en las PYME

Puntos fundamentales

- Aunque, en comparación con las mujeres, los hombres suelen trabajar más por cuenta propia o dirigir pequeños negocios, muchas mujeres participan en dichos negocios como esposas o parejas, y el porcentaje de mujeres que trabajan por cuenta ajena es muy elevado.
- Hay ejemplos de modelos que tienen como objetivo la prevención de riesgos en las PYME y que cubren los ámbitos de trabajo en los que predominan las mujeres, pero será necesario garantizar que los recursos se destinan a prevenir los riesgos de ambos sexos en las PYME.
- Las iniciativas destinadas a ofrecer cobertura representativa a los trabajadores sobre cuestiones de seguridad en las PYME serían beneficiosas para muchas mujeres que trabajan en PYME y que no cuentan con ningún tipo de representación.

Según la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, del 17 % de la población activa que trabaja por cuenta propia solo uno de cada tres es mujer. No obstante, el porcentaje de mujeres que trabaja por cuenta ajena en pequeñas empresas privadas es muy elevado, mientras

que los hombres suelen trabajar en empresas privadas medianas y grandes (Fagan y Burchell, 2002). El historial de salud y seguridad de las pequeñas empresas es peor que el de las empresas medianas y grandes, sus trabajadores suelen recibir menos formación y es menos probable que estén afiliados a un sindicato.

Al igual que ocurre en el sector agrícola, muchas mujeres ayudan a sus maridos o parejas en la dirección de las PYME, o trabajan por cuenta propia, sin ser visibles y sin ser reconocidas como trabajadoras, por lo que no se las tiene en cuenta a efectos de seguridad y salud laborales. Una iniciativa francesa ha reconocido que, incluso entre las pequeñas empresas del sector de la construcción, las esposas o parejas pueden desempeñar un papel significativo: una asociación profesional para la prevención de la industria de la construcción, junto con la federación de la construcción y el grupo de mujeres de la construcción, elaboraron recursos de formación para esposas y parejas que participaban en las actividades de empresas muy pequeñas del sector para que pudieran reconocer los riesgos y las medidas de prevención. Dado que muchas de las mujeres realizan tareas personales, también pueden desempeñar un papel muy importante en la gestión de la empresa, incluida la política

de prevención (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003a).

Los Estados miembros han aplicado una serie de medidas de sensibilización destinadas a prestar apoyo práctico y ofrecer recursos a las PYME para ayudarlas de este modo a gestionar la prevención de riesgos en materia de salud y seguridad (véase, por ejemplo, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003c). Diversas asociaciones de organizaciones de SST, interlocutores sociales y organizaciones no gubernamentales (ONG) están llevando a cabo proyectos en materia de SST que se centran en las PYME (véase, por

ejemplo, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003a, 2003b). Aunque hay ejemplos de medidas que cubren los ámbitos de trabajo dominados por mujeres, será fundamental garantizar que los recursos del proyecto se destinan a la prevención de riesgos tanto en hombres como en mujeres.

Los regímenes o sistemas que permiten a los delegados o asesores de seguridad de los trabajadores operar a escala regional, con los derechos de consulta y representación en una serie de pequeños lugares de trabajo, podrían ser especialmente interesantes para las mujeres trabajadoras

Recuadro 52.

Ejemplos de proyectos europeos nacionales y transnacionales dirigidos a las PYME para mejorar la salud y la seguridad

Un enfoque de colaboración en su desarrollo y difusión activa de la información resultante, por ejemplo a través de una distribución específica de los recursos libres, constituye un elemento importante de estos proyectos:

- Colaboración transfronteriza en la industria hotelera y de los servicios de alimentación: creación de redes y asociaciones.
- Prevención de enfermedades transmitidas por la sangre: CD-ROM, sitio web y folletos.
- Formación sobre salud y seguridad para cónyuges y parejas en el sector de la construcción.
- Sector voluntariado-salud y seguridad en comercios caritativos: paquete informativo y cuaderno de ejercicios. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en guarderías (en proceso).

Ejemplos de programas sectoriales de la UE dirigidos a las PYME en sectores dominados por mujeres

- Para la industria de la limpieza en seco: un sistema de autocontrol, asistencia técnica y fomento del intercambio de información, acompañado de inspecciones periódicas y un sistema de incentivos (federación comercial en colaboración con una organización de SST, Alemania).
- Para el sector minorista: una herramienta para encontrar y ejecutar soluciones prácticas (Instituto Nacional de SST, Países Bajos).

- Evaluación de riesgos y prevención en empresas de limpieza (en proceso).
- Campaña de la industria textil y de la confección (en proceso).
- Prevención del estrés en trabajadores que asisten a terapias psiquiátricas y de rehabilitación (en proceso).
- Gestión del estrés en el sector de la hostelería y restauración (en proceso).
- Gestión de la seguridad en la industria turística (en proceso).
- Acuerdo de asociación entre empresas privadas y agencias de trabajo temporal (en proceso).
- Desarrollo de prácticas idóneas en las industrias panadera, repostería y confitera (en proceso).

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003a, 2003b).

- Para la industria de la cerámica: un plan de acción nacional de prevención de riesgos mediante la integración de la prevención de riesgos laborales en la gestión diaria, que cubra la investigación, la información y la formación (Instituto Nacional de SST en colaboración con interlocutores sociales, Portugal).

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003c).

que están infrarrepresentadas en pequeños lugares de trabajo. Algunos Estados miembros que carecen de normativa que regule la actividad de los representantes sindicales en materia de seguridad en el ámbito regional han aplicado con éxito este enfoque piloto, también en los sectores hospitalario y del voluntariado, en los que suele trabajar un alto porcentaje de mujeres (véase, por ejemplo, York Consulting, 2003).

Seguridad y salud laborales de las trabajadoras del sexo

Para muchas mujeres de la UE, la prostitución es una profesión. Sin embargo, en las actividades sobre salud y seguridad laborales se sigue olvidando a las trabajadoras del sexo. Esto puede deberse a que su trabajo suele ser ilegal o a que no está regulado por la legislación sobre seguridad y salud laborales u otra normativa en materia de empleo. La investigación y las intervenciones en relación con este grupo se han centrado en gran parte en cuestiones de salud sexual y, más recientemente, en la violencia relacionada con el trabajo, y se han dejado de lado otras cuestiones más generales de salud mental o física. Entre los riesgos a los que se enfrentan las trabajadoras del sexo se cuentan: peligros para la salud sexual, incluidas las enfermedades de transmisión sexual y la consiguiente mortalidad, infertilidad y problemas ginecológicos; violencia y problemas de consumo de alcohol y drogas; peligros para la salud mental, siendo la estigmatización y la impotencia dos

factores que contribuyen a dichos problemas (Plumridge, 1999).

Plumridge señala asimismo que la salud laboral de las trabajadoras del sexo se ve influida por la legislación local, los hábitos y las costumbres, como muestra el ejemplo sobre los Países Bajos que figura en el recuadro 53, y que el factor más determinante de la salud es el grado de control que tienen sobre su propia vida laboral. Las que trabajan en la ilegalidad corren un riesgo mucho mayor.

Algunas autoridades en materia de SST proporcionan información a este respecto. Por ejemplo, WorkCover, la autoridad responsable de la salud y seguridad de Nueva Gales del Sur (Australia), ha elaborado un documento orientativo sobre la salud y la seguridad referido a los burdeles (WorkCover, 2001). Asimismo, varios documentos presentados en el Tercer Congreso internacional sobre mujeres, trabajo y salud de 2002 abordaban las cuestiones que afectan a las trabajadoras del sexo. Entre las conclusiones extraídas del congreso cabe mencionar las siguientes: los responsables de programas y políticas relacionadas con la salud y las condiciones de trabajo de las trabajadoras del sexo deberían ocuparse de una amplia variedad de cuestiones sobre esta materia; las intervenciones sanitarias deben satisfacer las expectativas de las trabajadoras del sexo en relación con dichas intervenciones; y las intervenciones han de llevarse a cabo en un contexto libre de prejuicios morales o culturales. Por último, conviene señalar que

Recuadro 53. Prostitución y legislación

En el año 2000 se legalizaron en los Países Bajos la prostitución y los burdeles. Con la legalización de la prostitución, el Gobierno neerlandés pretende proteger y mejorar la posición de las trabajadoras del sexo y evitar que las inmigrantes entren en ese mundo. Los propietarios de clubes de sexo ahora cuentan con permisos oficiales y licencias para sus negocios, siempre y cuando respeten la legislación, incluidas una serie de orientaciones y normas detalladas sobre salud y seguridad. La legislación hace

una distinción entre prostitución voluntaria y prostitución involuntaria, lo que permite a las autoridades regular la industria del sexo, abolir el comercio moderno de «esclavos sexuales» y el abuso sexual de menores, y luchar contra los aspectos ilegales derivados de la prostitución, como el blanqueo de dinero y el tráfico de drogas. No obstante, solo las mujeres de la UE pueden obtener permisos de trabajo, ya que la ley que regula la entrada de trabajadores no pertenecientes a la UE en el país no reconoce la prostitución (Schippers, 2002).

existe, si cabe, mucha menos información sobre la prostitución masculina.

Salud laboral de las mujeres de más edad

Puntos fundamentales

- Las mujeres de más edad no constituyen un grupo homogéneo y existen diferencias de género.
- No existen muchos estudios específicos sobre la salud laboral de las mujeres de más edad como grupo.
- Las políticas sobre el envejecimiento de la población activa deberían tener en cuenta el género.

Los cambios demográficos implican un aumento de la edad media de la población activa. Esto significa que las mujeres de mayor edad, de más de 45 años, ocupan en la actualidad un lugar importante en el mercado de trabajo. Tanto para las empresas como para la economía en su conjunto, así como para el propio bienestar de las mujeres de mayor edad, es importante que el trabajo no tenga efectos negativos sobre su salud. Hoy en día se reconoce que la salud y la seguridad de las mujeres de mayor edad como grupo merecen atención y que el envejecimiento de los trabajadores es una prioridad de la estrategia de la Comunidad Europea sobre salud y seguridad en el trabajo 2002-2006. Esta estrategia incluye el objetivo de que «las medidas de prevención deberían tener más en cuenta el factor edad, con una orientación específica a los jóvenes y al envejecimiento de los trabajadores». Asimismo se ha demostrado que la jubilación anticipada es más común en empresas que presentan unas malas condiciones de trabajo (Forss *et al.*, 2001; Hakola, 2002). En general, es necesario adoptar medidas para reorganizar el entorno de trabajo, prevenir así un desgaste prematuro y permitir que los trabajadores permanezcan más tiempo en su trabajo (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a).

Aunque actualmente se está prestando más atención a la literatura científica y a las intervenciones dirigidas a trabajadoras de más edad en general (véase, por ejemplo, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002a, 2002b), la literatura científica sobre la salud laboral de este grupo de mujeres es escasa. Cabe citar como fuente de información una reseña realizada por Doyal (2002). Entre las cuestiones sobre la salud de las mujeres de mayor edad que trabajan en el grupo de edad comprendido entre los 45 y los 64 años destacadas en el estudio se incluyen las siguientes: las mujeres de mayor edad no son un grupo homogéneo y existen diferencias de género dentro del grupo; las cuestiones relacionadas con la menopausia; la segregación laboral, tendiendo las mujeres de mayor edad a concentrarse en los empleos «tradicionales» con menos incentivos y menos consideración social, ya que tienen una probabilidad menor de beneficiarse de las estrategias de igualdad de oportunidades de los últimos años; conforme se hacen mayores, muchas

Recuadro 54. Apoyo a las trabajadoras con personas mayores a su cargo

Las trabajadoras de más edad suelen tener familiares mayores a su cargo. En Alemania, este grupo de mujeres suele registrar elevados niveles de estrés y sufrir interrupciones de trabajo e incluso perder su puesto; son más propensas a sufrir pérdidas económicas —por ejemplo debido a los permisos no remunerados—, y suelen faltar a reuniones de negocio o perder oportunidades de formación o ascenso. La consecuencia más negativa para los empresarios es la pérdida de trabajadores cualificados, comprometidos y con experiencia.

Siemens es una empresa alemana que ha aplicado una política dirigida a los trabajadores con personas a su cargo. Estas medidas aportan flexibilidad en la jornada laboral y en el lugar de trabajo, al tiempo que ofrecen la posibilidad de excedencias, así como un servicio de información y referencias, asesoramiento y consejo acompañado de medidas laborales de carácter social en la empresa.

Fuente: Naegele (1999).

de estas mujeres pasan de un trabajo a tiempo parcial a un trabajo a tiempo completo; más exposición a los riesgos debido a la duración de la jornada laboral; trastornos musculoesqueléticos y estrés son los síntomas más comunes que afectan a este grupo; y su carga de trabajo doméstico (es posible que exista un mayor desequilibrio en el reparto de tareas domésticas entre las parejas de más edad que entre las más jóvenes), y también son ellas las que se ocupan en su mayoría del cuidado de los familiares mayores.

El estudio de Doyal (*op. cit.*) recoge una serie de recomendaciones para las partes interesadas (empresarios, sindicatos, investigadores y Gobiernos) encargadas de la salud de las trabajadoras de mayor edad. Estas recomendaciones se centran en un enfoque sensible a la edad y al género dirigido a hacer frente a la discriminación por motivos de edad y sexo. Las recomendaciones sobre SST en el lugar de trabajo indican que las medidas de evaluación y gestión de los riesgos deben tener en cuenta tanto la edad como el género, que se debe consultar a las mujeres de mayor edad y que se deben ofrecer servicios adecuados de asistencia en materia de seguridad y salud a las trabajadoras con personas a su cargo. Las recomendaciones de la investigación incluyen prestar atención a la edad y al género en la planificación de estudios y hacer partícipes a las mujeres trabajadoras del diseño y la ejecución de dichos estudios. Las recomendaciones sobre SST para los Gobiernos incluyen: recopilar más datos relacionados con la edad y el género; fomentar los servicios de apoyo para los trabajadores con personas a su cargo; desarrollar un enfoque de SST que tenga en cuenta el factor edad y el género; y, para la Comisión Europea, en particular, que tenga en cuenta las necesidades de las trabajadoras de mayor edad a la hora de planificar sus políticas y programas sobre SST. Las recomendaciones sobre SST sensibles a la edad y al género para los sindicatos incluyen: campañas de sensibilización; negociación; formación de los representantes sindicales; y participación de las trabajadoras de mayor edad.

Trabajadoras inmigrantes

Muchos trabajadores, incluidas mujeres, emigran para encontrar trabajo o un mejor empleo, o por su nueva condición de refugiados. Los trabajadores pueden trasladarse de un país a otro, dentro de la UE, o pueden venir de terceros países. Según Kane (1999b), las mujeres inmigrantes internacionales suelen trabajar de forma desproporcionada en fábricas donde las condiciones de iluminación, ventilación y seguridad pueden ser inadecuadas y con un salario muy bajo y una mala representación sindical. Estas también se concentran en el sector informal, donde, por ejemplo, las vendedoras ambulantes o las que distribuyen publicidad pueden estar expuestas a quemaduras de sol y melanomas: las condiciones de trabajo que afectan a este grupo de mujeres rara vez son objeto de estudios. Las inmigrantes trabajan de forma desproporcionada en el servicio doméstico a destajo; suelen trabajar muchas horas y la presión aumenta el riesgo de accidentes, por ejemplo con máquinas de coser. También corren el riesgo de caer en la prostitución. Las barreras lingüísticas impiden que las inmigrantes entiendan la información disponible sobre salud y seguridad laborales y la formación impartida en la materia, planteen sus problemas u obtengan ayuda, al tiempo que crean dificultades a la hora de recibir ayuda de los sistemas de asistencia sanitaria. La ausencia de las mujeres en los datos relativos a la inmigración complica cualquier valoración sobre ellas (Naciones Unidas, 1995).

Riesgos laborales y cuestiones de género de ámbito mundial

El presente informe se centra en el análisis de las condiciones de trabajo y en el género en la UE y los países candidatos. Sin embargo, dada la creciente globalización, resulta más apropiado considerar la situación en otras partes del mundo, incluidos los países en desarrollo.

Además de comparar la situación en relación con el género y las condiciones de trabajo con la de Europa, sería conveniente examinar qué estrategias de prevención se han adoptado. A escala internacional, la OIT y otros organismos han emprendido diversas actividades para analizar las cuestiones de género en relación con los riesgos laborales. Muchos de los resultados se corresponden con la situación en Europa descrita en el presente informe; asimismo se ofrece información adicional en el anexo 8.

Trabajos diferentes, exposiciones diferentes: consecuencias de la segregación en función del género

Como se ha referido en este capítulo, la diferencia de empleos, de tareas y del número de horas trabajadas implica diferentes exposiciones a los peligros y las diferentes consecuencias para la salud. Muchas de las diferencias que se observan en las condiciones de trabajo tienen una relación más estrecha con el sector y la posición en la jerarquía laboral que con el género en sí (Fagan y Burchell, 2002). En su análisis de la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, Fagan y Burchell encontraron datos que revelan la persistencia de las diferencias de género cuando las comparaciones se realizan en los grupos de situación laboral y, en algunos casos, la diferencia es más pronunciada cuando se calcula el promedio entre todo el trabajo de oficina y el trabajo manual. Por lo que respecta a algunas condiciones de trabajo, encontraron una interacción entre el género y la situación laboral, en la que el patrón del género en un grupo concreto contradecía la comparación general para todo el empleo. Según los ejemplos que ofrecen, la diferencia de género en las condiciones ergonómicas era, en promedio, leve, pero, por lo que respecta a los profesionales, las mujeres estaban más expuestas a peligros ergonómicos y la minoría de mujeres emplea-

das en trabajos de artesanía estaba más expuesta a riesgos ergonómicos que los hombres en este ámbito laboral. De igual modo, las tareas repetitivas prevalecían en buena medida en los trabajos manuales, y entre los trabajadores manuales el porcentaje era superior al de las mujeres. En cuanto a los riesgos materiales y físicos, observaron que tanto en los trabajos de oficina como en los manuales, los hombres estaban más expuestos a estos riesgos que las mujeres, siendo las diferencias de género más pronunciadas en los trabajos manuales. No obstante, la exposición era superior en el caso de los trabajadores manuales, seguidos por las mujeres que realizan este tipo de trabajos.

La existencia de segregación vertical y por tareas significa que no se puede suponer que las mujeres y los hombres que trabajan en el mismo sector o incluso que ejercen la misma profesión realizan las mismas tareas, es decir, que están expuestos a los mismos peligros. Esta realidad repercute en la investigación y los análisis de los datos estadísticos sobre enfermedades y accidentes desglosados por género, así como en las evaluaciones de riesgos y las intervenciones.

Messing y Stelman (1999) señalan que la división del trabajo por género afecta a la salud de las mujeres, como mínimo, de seis formas distintas:

- Los trabajos de las mujeres presentan unas características específicas (repetición, monotonía, esfuerzo estático, múltiples responsabilidades simultáneas) que, con el tiempo, pueden afectar a la salud física y mental.
- Los espacios, los equipos de trabajo y los horarios diseñados en relación con el cuerpo masculino medio y el estilo de vida de los hombres pueden causar problemas a las mujeres.

- La segregación laboral puede comportar riesgos para la salud de mujeres y hombres, puesto que implica la fragmentación de las tareas y, por tanto, un aumento de los trabajos repetitivos y monótonos.
- La asignación de tareas en función del sexo puede presentarse como un factor de protección de la salud para ambos sexos, y ello podría limitar la adopción de prácticas de promoción de la salud laboral más eficaces.
- La discriminación es ya de por sí estresante y puede afectar a la salud mental.
- Los trabajadores a tiempo parcial se ven alejados de numerosas ventajas para la salud,

como una baja por enfermedad adecuada y bajas por maternidad.

Fagan y Burchell han resumido la relación que existe entre género, situación laboral y condiciones de trabajo con arreglo a los datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (véase el anexo 9). Asimismo, Stellman y Lucas (2000) han resumido algunos de los principales riesgos que las mujeres podrían encontrar en los distintos ámbitos de trabajo en los que predominan (véase el recuadro 55). Estos incluyen riesgos físicos, químicos y biológicos, así como riesgos psicosociales.

Recuadro 55. Ejemplos de riesgos en sectores de ocupación donde predominan las mujeres (según Stellman y Lucas, 2000)

Sector de ocupación	Riesgos biológicos	Riesgos físicos	Riesgos químicos	Estrés
Maternidad y puericultura	Enfermedades infecciosas (sobre todo, respiratorias)	Lesiones asociadas al levantamiento o transporte de cargas	Productos de limpieza	Estrés asociado a las tareas de asistencia; síndrome de estar quemado
Agua, higiene y limpieza	Enfermedades infecciosas (sobre todo, transmitidas por el agua)	Lesiones asociadas al levantamiento o transporte de cargas	Productos de limpieza	
Asistencia sanitaria	Enfermedades infecciosas (transmitidas por el aire y la sangre)	Lesiones asociadas al levantamiento o transporte de cargas; radiación ionizante	Productos de limpieza, esterilización y desinfección; productos de laboratorio y medicamentos	Estrés asociado a las tareas de asistencia; síndrome de estar quemado
Elaboración de alimentos	Enfermedades infecciosas (sobre todo, transmitidas por animales u originadas por mohos, esporas y basuras orgánicas)	Movimientos repetitivos (por ejemplo, en trabajos de embalado o mataderos); heridas por cuchillo; temperaturas frías; ruido; microondas	Residuos de pesticidas; productos esterilizantes; especias y aditivos que causan reacción	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Procesamiento de alimentos, servicio de comidas y restauración	Enfermedades infecciosas (por el contacto con el público); dermatitis	Lesiones asociadas al levantamiento o transporte de cargas; manos húmedas; resbalones y tropiezos; microondas y calor	Tabaquismo pasivo	Estrés asociado al trato con el público; acoso sexual
Textiles y confección	Basuras orgánicas	Ruido; movimientos repetitivos	Formaldehído en prensas permanentes; tintes; polvo	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas
Combustible y refugio		Lesiones asociadas al levantamiento y transporte de cargas; exposición a elementos; cortes y golpes producidos por la recogida y el transporte de materiales	Hidrocarburos aromáticos policíclicos provenientes de la combustión incompleta de combustibles	Estrés asociado a tareas arduas

Sector de ocupación	Riesgos biológicos	Riesgos físicos	Riesgos químicos	Estrés
Comercio y distribución		Movimientos repetitivos y vista cansada, etc., asociados con el uso de pantallas de visualización; etc.	Mala calidad del aire interior	Estrés asociado al trato con el público
Educación	Enfermedades infecciosas (sobre todo, respiratorias, sarampión)	Violencia; posturas de pie prolongadas; problemas de voz	Mala calidad del aire interior	Estrés asociado a las profesiones de asistencia social; síndrome de estar quemado
Servicios personales distintos de la puericultura o la asistencia sanitaria: cualquiera desde la peluquería hasta la prostitución	Enfermedades infecciosas (por ejemplo, infecciones de la piel, sida y otras enfermedades de transmisión sexual)	Posturas de pie; levantamiento y transporte de peso; violencia	Productos químicos de limpieza; productos químicos de peluquería	Estrés asociado a las profesiones de asistencia social; síndrome de estar quemado
Comunicaciones		Violencia (periodismo); movimientos repetitivos (introducción de datos); posturas de pie o sentado excesivas	Mala calidad del aire interior	Control de rendimiento electrónico; temor al despido o al desempleo
Manufactura ligera		Movimientos repetitivos (por ejemplo, cadenas de montajes); postura de pie	Productos químicos de la microelectrónica	Estrés asociado a las cadenas de montaje repetitivas

Recuadro 56. Las condiciones de trabajo de las mujeres, en fotos

Las mujeres representan más del 33 % de la mano de obra en Italia. El Instituto Nacional del Trabajo de Italia (INAIL) organizó, junto con la Asociación Nacional de Mutilados e Inválidos del Trabajo (ANMIL), un concurso fotográfico con el fin de ilustrar vidas de mujeres. Posteriormente, publicaron la revista *Women at work*, en la que incluyeron fotografías del concurso. Con ello se pretende que estas imágenes sirvan como

complemento a publicaciones científicas, publicaciones sobre derechos jurídicos y directrices, conferencias, exposiciones y cursos de formación. El concurso original se lanzó para que coincidiera con el Día Internacional de la Mujer. Las fotografías ofrecen un retrato de la mujer en sus funciones tradicionales, pero también muestran mujeres pilotos, escultoras, trabajadoras en instalaciones petrolíferas, soldadoras, restauradoras, pescadoras y albañiles.

Fuente: INAIL (2002).

4.



ABSENTISMO, INCAPACIDAD, INDEMNIZACIÓN Y REHABILITACIÓN

En muchos países europeos, los trabajadores tienen derecho a remuneración en caso de ausencia por enfermedad o a prestaciones en caso de incapacidad laboral. Sin embargo, en muchos países es necesario establecer la relación entre la enfermedad y el trabajo para obtener una indemnización. En los siguientes apartados, examinaremos cuestiones como la ausencia por enfermedad, los planes de indemnización laboral y la rehabilitación. Conviene señalar que la información de los distintos Estados miembros,

incluso dentro de la UE, no suele ser directamente comparable, debido a las diferentes políticas, infraestructuras y prácticas nacionales existentes, de modo que solo se pueden realizar comparaciones generales.

Ausencia por enfermedad

Puntos fundamentales

- La ausencia por enfermedad es más común entre las mujeres que entre los hombres, y, en el caso de estas, la enfermedad no suele estar tan relacionada con el trabajo como en el de los hombres.
- En la Encuesta europea de población activa, los jóvenes afirman solicitar más bajas por enfermedades no relacionadas con el trabajo que los jóvenes. Estas bajas pueden estar motivadas por enfermedades de los hijos, ya que esta tendencia disminuye en las trabajadoras de mayor edad. Otros estudios no han observado relación alguna entre los hijos y la tasa de bajas por enfermedad en el caso de las mujeres.
- Algunas ausencias realmente relacionadas con el trabajo —como las motivadas por infecciones leves en el sector de la puericultura— no suelen tratarse como tales.
- El contexto nacional, político, social y jurídico parece influir considerablemente en las cifras relativas a bajas por enfermedad e incapacidad. Algunos Estados miembros permiten a los padres ausentarse del trabajo para que cuiden de sus hijos enfermos, por ejemplo.

Los únicos datos disponibles de ámbito europeo sobre bajas por enfermedad que pueden compararse en la actualidad son los datos que ofrecen las personas afectadas. Las ausencias por enfermedad notificadas por los afectados pueden ser un reflejo de la infravaloración de la ausencia real, ya que una persona no suele recordar todos los días que ha faltado al trabajo por enfermedad, por ejemplo, en un período de un año. La consideración de si una baja por enfermedad está rela-

cionada con el trabajo o no se verá asimismo afectada por el nivel de sensibilización sobre las causas de los problemas de salud, etc. Sin embargo, en general, las ausencias por enfermedad notificadas por las personas afectadas se corresponden con la información registrada sobre ausencias por enfermedad, y se consideran como un indicador válido de las diferencias relativas y de los cambios en las ausencias por enfermedad registradas (Harrison y Schaffer, 1994; Rees, 1993).

Ausencia por enfermedad relacionada con el trabajo

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el 10 % de mujeres y hombres se da de baja por enfermedad debido a problemas de salud que ellos atribuyen al trabajo. Si se compara a los trabajadores a tiempo completo con los que trabajan a tiempo parcial, en cada grupo el porcentaje de ausencias por enfermedad es mayor en las mujeres que en los hombres (los trabajadores a tiempo parcial tienen una menor probabilidad de ausentarse que los que trabajan a tiempo completo). Se demostró que el patrón de ausencia era similar tanto para hombres como para mujeres (Fagan y Burchell, 2002; véase también el cuadro 7 del anexo 6). Las causas de la ausencia relacionada con el trabajo se han abordado en apartados anteriores.

Ausencia no relacionada con el trabajo

Las infecciones leves, como los resfriados comunes, constituyen una de las mayores causas de absentismo laboral (por ejemplo, Vahtera *et al.*, 1997). Sin embargo, existen pruebas obtenidas a partir de investigaciones que apuntan a la mala calidad del entorno de trabajo como importante causa de absentismo, por ejemplo un estilo de vida sedentario caracterizado por la obesidad, la falta de ejercicio, el fumar en exceso o el consumo excesivo de alcohol (por ejemplo, Kivimäki *et al.*, 1997).

Según la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, el porcentaje de mujeres que se ausentan del trabajo por enfermedades no relacionadas con el trabajo es ligeramente superior al de los hombres (Fagan y Burchell, 2002; véase asimismo el cuadro 7 del anexo 6), aunque la diferencia es mayor si se compara a los trabajadores a tiempo parcial con los que trabajan a tiempo completo. Fagan y Burchell sugieren que parte de estas diferencias pueden deberse a problemas ginecológicos, pero también al hecho de que algunos de estos problemas de salud relacionados con el lugar de trabajo pueden ser particularmente importantes en determinados trabajos en los que predominan las mujeres, como, por ejemplo, infecciones leves entre enfermeras y puericultoras, aunque no se reconocen como problemas «reales» en la legislación tradicional en materia de salud y seguridad.

Algunos autores han sugerido que las responsabilidades familiares también pueden explicar en parte el mayor absentismo laboral de las mujeres; por ejemplo, el motivo real de la ausencia puede ser el cuidado de un hijo enfermo (véase Grönkvist y Lagerlöf, 1999). Sin embargo, hay estudios que no han encontrado tasas más altas de absentismo en mujeres con hijos, excepto en el caso de madres solteras (por ejemplo, Mastekaasa, 2000; Gjesdal y Bratberg, 2002). Por un lado, las mujeres pueden compensar la solicitud de una baja por enfermedad para cuidar de sus hijos no faltando al trabajo en caso de que sean ellas las que están enfermas. Los resultados también se verán influidos por el contexto nacional. Existen importantes variaciones en los porcentajes de bajas por enfermedad entre países, independientemente del género. En este contexto, las diferentes políticas laborales y de seguridad social repercutirán considerablemente. Esto incluye el modo en que los empresarios y supervisores y los acuerdos colectivos, así como la legislación y los sistemas de seguridad social, tratan las au-

sencias por enfermedad de los trabajadores y de sus hijos. Solo la legislación de algunos Estados miembros prevé que los padres puedan estar de baja para cuidar a sus hijos (véase el anexo 10, en el que se ofrece una descripción de las diferencias entre Estados miembros en cuanto al absentismo y la incapacidad).

En cualquier caso, las responsabilidades familiares explicarían solo en parte las diferencias de género (Akyeampong, 1992), y entre otros factores que pueden influir cabe citar el hecho de que las mujeres no solicitan una baja por enfermedad si están en trabajos temporales o precarios (Virtanen *et al.*, 2001) y la edad, ya que los trabajadores de mayor edad necesitan más tiempo para recuperarse y las mujeres más jóvenes se han incorporado recientemente al mercado laboral. Asimismo es más probable que las mujeres de mayor edad trabajen a tiempo parcial que lo hagan las más jóvenes.

Parece que se trata de un factor que afecta tanto al sector como al tipo de trabajo. Por ejemplo, diversos datos estadísticos y encuestas del Reino Unido han demostrado que el sector público registra unas tasas de absentismo más elevadas que las del sector privado, que el porcentaje es mayor en los lugares de trabajo grandes que en los pequeños y que la tasa de absentismo es superior entre los trabajadores manuales que entre los no manuales (por ejemplo, Marmot *et al.*, 1995).

Los factores de estrés relacionados con el trabajo —como las fuertes exigencias del trabajo y la incertidumbre, la fatiga y el trabajo por turnos— pueden aumentar el riesgo de infecciones como resfriados, gripe y afecciones gastrointestinales (Mohren, 2003). Varios estudios han encontrado vínculos entre factores como la falta de control sobre el trabajo y una posición baja en la jerarquía laboral, por un lado, y las elevadas tasas de absentismo por enfermedad en hombres y mujeres (por ejemplo, Niedhammer *et al.*, 1998; North *et al.*, 1996).

Parece que existe una interacción entre la edad y el género en relación con las ausencias por enfermedad. El análisis de los datos de la Encuesta europea de población activa se ve obstaculizado por el hecho de que las preguntas sobre el absentismo no son las mismas en las distintas encuestas nacionales. Sin embargo, este estudio llegó a la conclusión de que, entre los trabajadores de 20 a 54 años de edad, la tasa de absentismo por enfermedad era más alta en el caso de las mujeres que en el de los hombres en casi todos los Estados miembros cubiertos por la encuesta. Entre los trabajadores de 55 a 64 años, se observó una tendencia inversa: los hombres se ausentaban más que las mujeres en la mayoría de los países. De nuevo, las diferencias de edad pueden deberse en parte a que las mujeres jóvenes se ausentan más del trabajo para cuidar de los hijos. Asimismo se volvieron a observar importantes diferencias entre Estados miembros, y los factores de sexo, edad y nivel de cualificación no podían explicar muchas de las diferencias en los porcentajes totales de absentismo por enfermedad entre los países estudiados.

Indemnización por lesiones y enfermedades laborales

Puntos fundamentales

- Los riesgos presentes en la mayoría de los trabajos en los que predominan los hombres tienen una mejor cobertura.
- Algunas pruebas demuestran que las mujeres tienen menor probabilidad de obtener una indemnización que los hombres por los mismos problemas.

Las diferencias de género que se dan en el acceso a las indemnizaciones por lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo no entran en el ámbito de estudio del presente informe. Pueden existir considerables diferencias entre Estados miembros (Gründemann y Van Vuuren, 1997), ya que las normativas de

seguridad social relativas a las prestaciones en caso de absentismo por enfermedad e incapacidad varían entre Estados miembros (véase el anexo 10). En cuanto a las indemnizaciones por lesiones laborales, hay una característica común que afecta al género: en general, puede decirse que las lesiones laborales originadas por riesgos tradicionales y accidentes que a menudo se producen en los trabajos en los que predominan los hombres tienen mejor cobertura. Esto puede responder, al menos, a tres razones: la primera, el interés histórico que han despertado estas áreas de riesgo; la segunda, donde el hombre era el principal o único sustento económico, el objetivo era garantizar una indemnización determinada para el trabajador accidentado y su familia; y, la tercera, estas lesiones son más específicas, con una única causa, y tienen una explicación laboral más evidente. Por tanto, siempre ha habido más predisposición a compensar a los hombres (Grönkvist y Lagerlöf, 1999).

Si se produce una exposición en el trabajo a múltiples factores —como ocurre en muchos trabajos en los que predominan las mujeres—, es menos probable que la enfermedad resultante esté cubierta por regímenes de compensación industrial, o, aunque esté cubierta, es mucho menos probable que reciba realmente indemnización alguna. En algunos países, los trastornos mentales están excluidos, o solo se incluyen bajo amplias restricciones como motivo legítimo para beneficiarse de las prestaciones por incapacidad. Del mismo modo, en algunos países existen restricciones sobre el tipo de trastornos musculoesqueléticos reconocidos por los regímenes de incapacidad. Este enfoque va a la zaga de la legislación comunitaria en materia de prevención, que cubre los riesgos originados por múltiples causas. Asimismo, algunos estudios sugieren que las mujeres tienen una menor probabilidad que los hombres de obtener una indemnización por los mismos problemas (Lipfel, 1993, 1996).

Rehabilitación profesional de los trabajadores

Puntos fundamentales

- Falta información estadística y de investigación sobre las cuestiones de género y la rehabilitación de los trabajadores tras una enfermedad.
- Al parecer existen varias barreras importantes a la participación de mujeres en los programas de rehabilitación.

Solo algunos estudios han examinado las diferencias de género en el marco de la rehabilitación de los trabajadores. Algunos estudios han revelado que, en comparación con los hombres, pocas mujeres se reincorporan a su trabajo tras un largo período de enfermedad (Veerman *et al.*, 2001). Otros resultados indican que los porcentajes de rehabilitación son similares para hombres y mujeres en el primer año de absentismo (Houtman *et al.*, 2002; Giezen, 1998). Por otro lado, las mujeres tienen más riesgos de que se les declare incapacitadas para trabajar tras el primer año de ausencia por enfermedad, mientras que los hombres siguen realizando progresos para volver al trabajo y reciben apoyo terapéutico (Houtman *et al.*, 2002).

Un estudio realizado por médicos de salud laboral sugiere que la rehabilitación y la reinserción en el trabajo es más importante para los hombres que para las mujeres (Vinke *et al.*, 1999). Asimismo, los empresarios se muestran más positivos y más activos con respecto a la rehabilitación de los hombres (Cuelenaere, 1997; Vinke *et al.*, 1999). Aparentemente se presta menos atención a las trabajadoras de mayor edad en cuestiones como la rehabilitación profesional (Doyal, 2002).

Aunque la motivación para trabajar no parece variar entre hombres y mujeres, generalmente las mujeres esperan menos del trabajo al principio de su carrera profesional y están más pre-

paradas para interrumpir su trayectoria para dedicarse a la educación de los hijos (Jorna y Offers, 1991; Naber, 1991; van Schie, 1997), lo que podría afectar a su motivación para regresar al trabajo. Otras cuestiones, como una baja remuneración y la falta de apoyo en el hogar, pueden ser factores contribuyentes. Según otro estudio, las mujeres que no pueden volver a su antiguo empleo debido a un accidente o una enfermedad son reorientadas hacia un menor número de nuevos empleos, en comparación con los hombres (Lippel y Demers, 1996). La Plataforma europea para la rehabilitación profesional (2002) llevó a cabo un estudio para examinar la participación y la experiencia de las mujeres en materia de rehabilitación profesional en los distintos centros asociados repartidos por la UE. Dicho estudio identificó varios obstáculos a la participación femenina y extrajo una serie de conclusiones y recomendaciones, entre las que cabe citar las siguientes:

- hay una falta de información estadística nacional, especialmente desglosada por género;
- se necesitan más cursos a tiempo parcial y horarios más flexibles, ya que las mujeres, especialmente las que tienen responsabilidades familiares, pueden tener dificultades para asistir a cursos de jornada completa;
- es preciso contar con un mayor número de instalaciones favorables a la familia, con más asistencia a la infancia y/o ayudas económicas;
- es necesario impartir más formación en «trabajos típicamente femeninos»;
- la situación económica de las mujeres que se están rehabilitando profesionalmente es menos ventajosa que la de los hombres, y ello puede desalentar su participación;
- las mujeres pueden carecer de la suficiente autoestima para recibir formación y existe la necesidad de mejorar el asesoramiento profesional; el acoso sexual puede representar un problema, especialmente en centros que cuentan con instalaciones para alojamiento.

5.



CUESTIONES DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN, LA LEGISLACIÓN, LOS RECURSOS, LOS SERVICIOS Y LA PRÁCTICA

Introducción

Entre los elementos que integran los sistemas de seguridad y salud en el trabajo (SST) se incluyen: la legislación, el acceso a recursos y servicios de SST, así como políticas y legislación sociales; el sistema y la configuración de las relaciones laborales; las prioridades en investigación y prevención; los métodos de investigación y recopilación de datos; la información disponible; y la forma de emprender actividades de prevención. Todos estos elementos condi-

cionan nuestros conocimientos sobre los riesgos para la seguridad y la salud laborales y su prevención y, por tanto, deberían examinarse desde una perspectiva de género. El modelo presentado al principio del presente informe (gráficos 1 y 2) muestra cómo influyen algunos factores externos al lugar de trabajo sobre la prevención.

Recopilación de información con fines de investigación y control estadístico

Puntos fundamentales

- Existen lagunas de conocimiento tanto estadístico como de investigación. Es necesario integrar de forma rutinaria y sistemática las cuestiones de género y los análisis desde esta perspectiva en el control y la investigación en materia de seguridad y salud laborales.
- Cuanto más próximo esté el desglose a las tareas verdaderamente ejercidas por los trabajadores, mejor será. Los datos deberían ajustarse al número de horas trabajadas.
- Se deberían investigar fórmulas prácticas para mejorar la calidad de las estadísticas por género, tanto europeas como nacionales, sobre seguridad y salud laborales.
- Se deberían poner en práctica las recomendaciones hechas a partir de los análisis de género de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, al objeto de modificar la encuesta.
- Todos los Estados miembros deberían corregir el desequilibrio, en función del género, que existe en la investigación, especialmente dada la diferente situación y el diferente contexto que presentan cada uno de los Estados miembros.
- Es necesario adoptar enfoques más interdisciplinarios con respecto a la investigación sobre el género.
- Es necesario seguir investigando en el ámbito de las intervenciones y la prevención en el lugar de trabajo.

- Convendría entablar un debate a nivel europeo entre investigadores de distintos países para adoptar un punto de vista más amplio.

La investigación de las diferencias de género en materia de seguridad y salud laborales requiere estadísticas desagregadas por sexo sobre condiciones de trabajo y modelos de control eficaces para las complejas situaciones peligrosas en el trabajo a las que se enfrentan mujeres y hombres.

En la introducción del presente informe se exponen algunas de las limitaciones de los datos de la Unión Europea (UE) que impiden obtener un cuadro preciso de las diferencias de género en la exposición y sus consecuencias para la seguridad y la salud laborales. Sin embargo, el análisis que la oficina estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) ha proporcionado sobre los datos relativos a accidentes y la salud laboral, ajustados a las horas trabajadas, se valora positivamente (Dupré, 2002). También es importante el análisis de género de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, incluidas sus recomendaciones para mejorar la sensibilidad de la encuesta con respecto al género.

Las lagunas de información estadística procedentes de los Estados miembros se deben al hecho de que no todos los países ofrecen información desglosada por género y a que algunos Estados miembros excluyen cuestiones tales como los incidentes violentos por parte de personas ajenas al trabajo.

La calidad de las estadísticas de género sobre las consecuencias para la SST puede mejorarse si se tienen en cuenta el número de horas trabajadas, la división por empleos y la división por sectores. Cuanto más próximo sea el desglose a las tareas realmente ejercidas por los trabajadores, mejor calidad tendrá.

Messing (1998) investigó las deficiencias y los sesgos por género en las investigaciones sobre seguridad y salud en el trabajo y en la recopilación de información. Concluye que debe adoptarse una serie de medidas para mejorar la calidad de la información disponible:

- Recopilar información relevante para la salud laboral de las mujeres y analizarla de modo que se evidencien los problemas de salud y sus causas.
- Mejorar la base de datos sobre la salud laboral de las mujeres (mención del empleo en los certificados de defunción, en los registros gubernamentales y en los historiales médicos).
- Concienciar sobre las implicaciones de la segregación laboral para la recopilación de datos (ser conscientes de que los distintos problemas de salud pueden responder a asignaciones de tareas diferentes).
- Garantizar la utilización de instrumentos de recopilación de datos que hayan sido validados y normalizados para ambos sexos.
- Registrar los datos estadísticos relativos a accidentes tomando como base las horas trabajadas en lugar del número de trabajadores.
- Utilizar medidas complementarias a las estadísticas sobre accidentes en función del número de horas trabajadas en lugar del número de trabajadores.
- Utilizar medidas complementarias a las estadísticas sobre accidentes para determinar los trabajos de riesgo; incluir métodos de entrevista cualitativos.
- Llevar el interés por la salud reproductiva de las mujeres más allá de la protección del feto para incluir cuestiones como la fertilidad, la sexualidad, la menopausia precoz y los trastornos menstruales.
- Mejorar el registro de las ausencias debidas a bajas por enfermedad.

Se deberían investigar fórmulas prácticas para mejorar los datos estadísticos por género relativos a la seguridad y la salud laborales, tanto a escala europea como nacional. También se ha

Recuadro 57. Nivel de atención de los estudios de investigación sobre la salud laboral de hombres y mujeres

De la base de datos Medline (PubMed) se extrajeron varios artículos, que cubren el periodo 1999-2002, sobre diversos trastornos y enfermedades que se mencionan en el presente informe, y se clasificaron según su cobertura de hombres y mujeres. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Enfermedad/Trastorno	Total	Mención de la palabra «femenino»	Mención de la palabra «masculino»	Solo mujeres	Solo hombres
Accidentes	62	37	46	1	10
Heridas y lesiones	201	73	109	13	29
Trastornos musculoesqueléticos	109	79	76	11	8
Neoplasmas	498	265	345	41	121
Enfermedades pulmonares	267	141	175	7	41
Asma	66	39	44	1	6
Enfermedades cutáneas	132	88	93	4	9
Trastornos auditivos	14	9	14	0	5
Dolor de cabeza	2	2	2	0	0
Síndrome del «edificio enfermo»	7	6	6	0	0
Sensibilidad química múltiple	5	3	3	0	0
Enfermedades infecciosas y víricas	343	197	171	50	24
VIH, hepatitis B, hepatitis C	154	103	99	19	15
Enfermedades coronarias	55	27	50	0	23
Trastornos mentales	125	97	94	11	8
Reproducción e infertilidad	214	173	95	93	15
Total	2 334	1 439	1 502	251	314

La investigación se llevó a cabo con los términos de los descriptores en ciencias de la salud (MeSH), utilizando los principales descriptores para el nombre de la enfermedad vinculado al subdescriptor «Epidemiología» y limitado a seres humanos de género femenino o masculino. La dimensión laboral se buscó con los términos MeSH «enfermedades laborales» y «exposición laboral» y con los términos textuales trabajador(es) y empleado(s). No se encontraron artículos relativos a resfriados o tinnitus. En cuanto a la salud reproductiva, los principales descriptores venían acompañados de trastornos de la menstruación, complicaciones en el embarazo e infertilidad. Los artículos que abordan el VIH, la hepatitis B y la hepatitis C cubren una amplia variedad de trabajos, desde las prostitutas hasta los conductores de camiones y los trabajadores sanitarios. Aun así, algunos de estos profesionales que tienen accidentes con jeringuillas pertenecen al grupo de heridas y lesiones.

«Total» se refiere al número de artículos publicados sobre el tema en cuestión; no es la suma de las filas, ya que las cifras de cada fila solo reflejan el historial de búsqueda.

Los hombres aparecen mencionados en más artículos que las mujeres, y se encontraron más artículos que solo mencionaban a hombres que los que solo hacían mención de las mujeres. Había más artículos

sobre neoplasmas en todos los grupos, aparte del «Solo mujeres», en el que la reproducción y la infertilidad eran los temas con mayor número de artículos.

destacado la importante necesidad de que los países candidatos desglosen sus estadísticas por género (Gonäs, 2002).

No es posible examinar detenidamente el sesgo de las investigaciones en el presente informe. No obstante, la investigación suele ser neutra con respecto al género, y las cuestiones de género solo se incluyen si un investigador concreto está interesado en esta materia (Rantalaiho *et al.*, 2002). Cuando hombres y mujeres se incluyen

en estudios, a menudo «se controla» la variable del sexo, lo que significa que no se pueden examinar las diferencias de género. A este respecto, cabe mencionar dos aspectos importantes: la inclusión de ámbitos relevantes para mujeres y hombres en programas de investigación, y la recopilación y el análisis de datos desde la perspectiva de género. Si la investigación descuida un ámbito determinado, siguen sin conocerse los riesgos, lo que puede perpetuar la convicción de que no existe tal riesgo y, por tanto, se des-

cuida este ámbito en lo que respecta a las actividades de prevención y la investigación futura. En este informe ya se ha hecho hincapié en varios ámbitos específicos. Es necesario desarrollar enfoques más sensibles al género para la investigación y compartir las metodologías existentes. Vogel (2002) también sugiere que la investigación es objeto de una política de compartimentación; por ejemplo, hay un número significativo de estudios sobre la segregación por género en el empleo, pero pocos abordan las condiciones de trabajo (véase el anexo 11). Hay que adoptar un enfoque más interdisciplinario. También existe la necesidad de seguir investigando, en particular, en el ámbito de las intervenciones y de la prevención en el lugar de trabajo. En el apartado dedicado a la participación de las mujeres trabajadoras se presenta un método de investigación referido a la intervención participativa.

Hemos visto cómo la segregación por género en el trabajo afecta a la exposición a los riesgos, fenómeno que ha de tenerse en cuenta a la hora de planificar estudios de investigación. Si hombres y

mujeres están expuestos a riesgos distintos o a diferentes niveles de riesgo, y esto no se tiene en cuenta, no se podrán extraer conclusiones válidas relacionadas con las diferencias de género apreciadas en las consecuencias sobre la salud. Investigadores como Messing (1998) y Punnett y Herbert (2000) han destacado la necesidad de realizar más estudios de hombres y mujeres (en la medida de lo posible) que desempeñan las mismas tareas en el lugar de trabajo. Véase asimismo Messing *et al.* (2003). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha formulado recomendaciones para que los estudios de investigación evalúen las diferencias reales entre los sexos, y un informe de la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer (creada por una resolución de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) presenta propuestas para mejorar la investigación y la recopilación de datos (véase el anexo 8). Asimismo, en los Estados Unidos, el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH) ha puesto en marcha un programa específico de investigación (véase el recuadro 58).

Recuadro 58. Programa de investigación del NIOSH sobre el género

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) está llevando a cabo actividades específicas sobre el género y la seguridad y salud laborales. Entre estas se cuenta un programa de investigación —que sigue ampliándose— para abordar las necesidades en materia de seguridad y salud laborales de las mujeres trabajadoras. Los ámbitos de investigación incluyen: trastornos musculoesqueléticos (por ejemplo, entre mujeres en el sector de las telecomunicaciones, la asistencia sanitaria, los servicios y la introducción de datos); la identificación de los factores del lugar de trabajo particularmente estresantes para las mujeres, y posibles medidas de prevención; los peligros para la salud reproductiva; la violencia en el trabajo; las mujeres en empleos no tradicionales (por ejemplo en el sector de la construcción, que conlleva la utilización de herramientas, maquinaria y equipo de protección personal); el cáncer (incluida la posible relación entre el trabajo y los

cánceres cervical y de mama); y la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios.

Proyectos de investigación en Italia

El Instituto Nacional Italiano para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo (ISPESL) está incorporando proyectos dirigidos a mujeres trabajadoras en sus programas de investigación, por ejemplo:

- Estudio multicéntrico de control de casos en ocho maternidades nacionales para examinar la relación entre los peligros laborales y el embarazo.
- Estudio sobre la relación entre la «exposición laboral al plomo» y la «osteoporosis en la postmenopausia».
- Estudios epidemiológicos sobre las mujeres que trabajan en la industria de la confección.
- Actitudes frente a la seguridad en el trabajo y el nivel de bienestar mental del personal docente de servicios para la infancia (0 a 6 años) en Roma.

Fuente: ISPESL (2002).

Si bien los países nórdicos han realizado estudios de investigación sobre las cuestiones de género (Vogel, 2002), las investigaciones de los Estados miembros meridionales han explorado en ocasiones diferentes ámbitos y han adoptado perspectivas distintas. Resultaría muy interesante organizar un debate europeo entre investigadores de distintos países con vistas a adoptar un enfoque más amplio sobre estas cuestiones. También sería útil incluir experiencias de investigación en el ámbito de los estudios sobre mujeres. La investigación debería abordar el desequilibrio entre hombres y mujeres; asimismo hay que seguir investigando sobre el género y la seguridad y la salud laborales en aquellos Estados miembros en los que existe poca información, máxime teniendo en cuenta las características propias de cada situación y contexto en los diferentes Estados miembros.

Información sobre actividades en el lugar de trabajo y apoyo a las mismas

Puntos fundamentales

- El conocimiento científico actual ya ofrece suficiente información sobre los riesgos para la seguridad y la salud laborales de las mujeres y permite adoptar medidas preventivas sensibles al género.
- Si bien hay una falta de información y apoyo en materia de género y seguridad y salud en el lugar de trabajo, se están poniendo en marcha algunos servicios de prevención que integran el género en sus actividades.
- Es preciso contar con unas pautas oficiales, así como con herramientas de inspección y formación sobre la evaluación de riesgos desde una perspectiva sensible al género.
- Deberían compartirse los ejemplos de herramientas y programas existentes.
- Es necesario aumentar la sensibilización, por ejemplo entre los profesionales de SST y los médicos.

- Las cuestiones de género deberían integrarse sistemáticamente en todas las guías y actividades de apoyo.
- Las autoridades competentes en materia de SST, los inspectores de trabajo y los interlocutores sociales tienen un importante papel que desempeñar.

Entre las diversas formas de apoyar las actividades de prevención de riesgos en materia de seguridad y salud laborales en el lugar de trabajo cabe señalar las siguientes: fomentar la sensibilización, ofrecer información, herramientas prácticas e instrumentos, y prestar asistencia técnica. Existen pruebas de que determinadas actividades e información, orientadas a trabajos y tareas específicos, pueden ser particularmente exitosas (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2001a, 2001b).

Las fuentes de información incluyen: revistas para los médicos especializados en seguridad y salud laborales; información y actividades desarrolladas por las autoridades responsables en materia de seguridad y salud laborales, los sindicatos y las organizaciones patronales; y directrices conjuntas establecidas a partir del diálogo social.

La ausencia del género en las revistas de información

Como ya se ha mencionado anteriormente, gran parte de las investigaciones sobre seguridad y salud laborales son neutras con respecto al género (véase Niedhammer *et al.*, 2000; Messing *et al.*, 2003). Las revistas sobre seguridad y salud en el trabajo constituyen una valiosa fuente de información sobre prevención para los médicos. Al objeto de comprobar la cobertura de las cuestiones de género, se realizó un pequeño estudio referido a revistas nacionales finlandesas y neerlandesas, cuyos resultados se presentan en los recuadros 59 y 60.

Los artículos se clasificaron según el análisis o la presentación del contenido o de los datos:

Recuadro 59. Algunas características de las revistas finlandesas y neerlandesas sobre SST objeto de estudio

Título	Título original	País	Periodo	Número de artículos
Gente y trabajo Revista para médicos del trabajo y de seguros Condiciones de trabajo	Työ ja ihmisen TBV (Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsartsen)	Finlandia Países Bajos	1997–2001 2000–2001	109 89
	Arbetsomständigheden	Países Bajos	2000–2001	216

N.B.: Solo se utilizaron los resúmenes en inglés, en lugar de los artículos originales redactados en finés.

Recuadro 60. Porcentaje de artículos clasificados en relación con el análisis y la presentación del contenido y de los datos en una revista finlandesa y dos neerlandesas sobre SST

Categoría	Gente y trabajo	TBV	Condiciones de trabajo
Hombres y mujeres	11	2,3	0,9
Solo mujeres	1,8	3,4	0,5
Solo hombres	7,4	0	0
Sin mención del género	79,8	94,3	98,6
Total	100 (n = 109)	100 (n = 89)	100 (n = 216)

(1) hombres y mujeres por separado; (2) solo mujeres; (3) solo hombres; o (4) sin mención del género.

La gran mayoría de los artículos de las tres revistas no examinaban el género. La sensibilidad al género en las revistas médicas puede ser incluso inferior que en las revistas de investigación.

Sensibilización: recopilación de material, guías, instrumentos prácticos y asistencia técnica

Escapa al objeto de este informe analizar con detalle la disponibilidad de información y herramientas sobre seguridad y salud en el trabajo. Dado que, tradicionalmente, la seguridad y la salud laborales se han centrado en los accidentes y las enfermedades más comunes en los empleos dominados por hombres, es probable que haya más información y apoyo disponibles en estos ámbitos. Tomando como base una encuesta, la Oficina técnica sindical

europea informa de que los servicios de prevención están empezando a integrar la dimensión de género en sus actividades, pero generalmente solo en sectores en los que predominan las mujeres o en relación con problemas considerados «más específicos» de las mujeres. Sin embargo, se han detectado importantes diferencias de enfoque, por ejemplo entre los países escandinavos y los latinos (Vogel, 2002. Véase el anexo 11). También se ha señalado la importancia del papel de los inspectores de trabajo para mejorar las condiciones laborales de las mujeres en los países candidatos (Skiöld, 2002).

No obstante, convendría dedicar esfuerzos para llegar a determinados sectores en los que suelen trabajar las mujeres, ya que se trata de sectores a los que resulta difícil llegar, por ejemplo, trabajos del sector servicios como la limpieza, la hostelería y los servicios de alimentación, la asistencia en residencias privadas para ancianos y las tareas domésticas.

A lo largo de este informe se han ofrecido ejemplos de material informativo y apoyo práctico para el lugar de trabajo procedentes de los Estados miembros (véase, por ejemplo, el recuadro 61). Es necesario seguir desarrollando y compartiendo material de sensibilización, guías e instrumentos prácticos y ejemplos de casos de buenas prácticas orientados a los trabajos en los que predominan las mujeres y a los peligros a los que están particularmente expuestas.

Asimismo, se apunta a la necesidad de unas pautas oficiales, herramientas de inspección y formación sobre la evaluación de riesgos desde una perspectiva sensible al género. La atención a las cuestiones de género debería integrarse sistemáticamente en todas las guías y actividades de apoyo (véase el apartado dedicado a la integración de las cuestiones de género y la adopción de un enfoque sensible al género). Además de herramientas prácticas para el lugar de trabajo, los inspectores de trabajo y los servicios de salud laboral, necesita-

rán instrumentos y formación. Un estudio sobre la opinión de los médicos especialistas en salud laboral citado en el apartado sobre los servicios de salud laboral, menciona este punto (Vinke *et al.*, 1999).

Los sindicatos son otra fuente de información, apoyo e impulso para actuar (TUTB, 2000; Vogel, 2002). Entre las numerosas guías disponibles se encuentran las guías de los sindicatos españoles, que cubren la evaluación y la prevención de riesgos en el sector de las comunicaciones y del transporte (Comisiones Obreras, 2001), y una guía de un sindicato del sector público británico destinada a concienciar y prestar apoyo a los representantes de seguridad en el lugar de trabajo (Unison, 2001). En el anexo 11 se ofrecen algunos ejemplos de actuaciones impulsadas por sindicatos. Por otra parte, las guías elaboradas conjuntamente por empresarios y sindicatos podrían ser otras fuentes influyentes de información y apoyo (véase el recuadro 61).

Recuadro 61

El diálogo social europeo conduce a una guía práctica referida a los trabajos que realizan las mujeres

Se ha emprendido una iniciativa europea para solventar la falta de información sobre la prevención de los riesgos laborales en el sector de la limpieza, en el que predominan las mujeres con una baja remuneración y que suelen trabajar a tiempo parcial y con contratos precarios. En uno de los foros sectoriales para el diálogo social europeo, UNI-Europa (Federación de Sindicatos Europeos) y EFCI/FENI (Federación Europea de la Industria de la Limpieza) elaboraron una guía práctica que cubre diversos riesgos para los trabajadores de este sector y su prevención.

Fuente: UNI-Europa y EFCI/FENI (2001).

Campañas destinadas a los sectores textil y cerámico en Portugal

Tras las campañas desarrolladas en los sectores de la construcción y la agricultura, el instituto nacional portugués de SST y los inspectores de trabajo centraron

su interés en el sector textil y en el de la cerámica, dos sectores en los que hay una alta concentración de mujeres. Entre los recursos con los que cuentan estas campañas se incluyen instrumentos de prevención, formación y eventos. Se promueve activamente el diálogo social y se ofrecen incentivos para llevar a cabo investigaciones y estudios. La participación de las organizaciones empresariales y sindicales representa un componente importante en el desarrollo y la ejecución de las campañas. Estas campañas también se desarrollan en escuelas y centros de formación profesional.

Fuentes: Página web del IDICT; Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2001a, 2003c.

Actividades de sensibilización en Italia

El Instituto Nacional Italiano para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo (ISPESL) cuenta con un proyecto nacional financiado por el Ministerio de Salud y destinado a sensibilizar sobre los riesgos laborales que afectan a las mujeres en varios sectores y en relación con diversos riesgos.

Fuente: Papaleo (2002).

Acceso a los servicios de salud laboral y su funcionamiento

Puntos fundamentales

- Falta información sobre el género, así como sobre la utilización y el funcionamiento de los servicios de salud laboral.
- Existen algunas pruebas de que los hombres podrían recurrir más a estos servicios. Otros estudios no han encontrado diferencias.
- Existen pruebas de que algunos médicos pueden considerar más importante la salud laboral de los hombres.
- La prestación de servicios de salud laboral depende en buena medida del contexto nacional. Varía según el tamaño de la empresa, teniendo menos cobertura los que trabajan en pequeñas empresas, y también se ve influida por la mayor prioridad concedida a los trabajos ejercidos por hombres y a los riesgos que estos encuentran.
- Es necesario seguir investigando las cuestiones relativas a los servicios de salud laboral.

Los servicios de salud laboral apoyan las buenas prácticas en relación con la salud, el medio ambiente y la gestión de la seguridad en las empresas. Pueden ofrecer servicios de evaluación y prevención de riesgos, vigilancia y control sanitarios, tratamiento y rehabilitación. El acceso a los servicios de seguridad y salud laborales y a qué se destinan sus recursos son aspectos que influirán en el reconocimiento y la prevención de los riesgos. Las diferencias de género en el acceso a los recursos y su prioridad podrían afectar a la salud de las mujeres frente a la de los hombres.

Según una encuesta realizada por Hämäläinen *et al.* (2000), el acceso a los servicios de salud laboral y su prestación varían considerablemente en los países europeos. La legislación de algunos Estados miembros establece la prestación pública de servicios de salud laboral. En algunos países, estos servicios los prestan las compañías de seguros y en otros se prestan a través de los servicios

sanitarios nacionales. También varía la medida en que se ven implicadas las distintas disciplinas médicas y técnicas. Algunas organizaciones dan trabajo o contratan a enfermeras y médicos especializados en seguridad y salud laborales y a otros especialistas. Sin embargo, los trabajadores de pequeñas empresas no suelen tener acceso a estos servicios, en parte por el coste que suponen a sus empresas (Graham, 2000). De nuevo, es probable que la prestación de estos servicios dependa de qué sectores y riesgos se consideran prioritarios y de qué personas corren más riesgo.

Recuadro 62

Según la European Women's Health Network (red europea de salud de las mujeres), la sensibilidad con respecto al género es necesaria en los servicios de salud laboral teniendo en cuenta la gran segregación laboral por géneros que existe: hombres y mujeres están expuestos a entornos laborales distintos y a exigencias y tensiones distintas. Es importante reconocer que determinados problemas de salud son únicos o tienen unas consecuencias más serias para las mujeres o los hombres, y que a menudo están relacionados con la edad. Se debería conceder la misma importancia al conocimiento, los valores y las experiencias tanto de mujeres como de hombres, dada la necesidad de la plena participación de ambos sexos en la evaluación de riesgos y el establecimiento de prioridades. La promoción del bienestar y la satisfacción con el trabajo son factores que reconocen asimismo la importancia del equilibrio entre trabajo y vida privada para todos los trabajadores. La integración de las cuestiones de género en los servicios de salud laboral pone de relieve el punto de vista holístico y la importancia de las exposiciones múltiples, tanto físicas como psicológicas.

Fuente: EWHNET (2001).

La información disponible sobre las diferencias de sexo o género en cuanto a la frecuencia, cantidad y calidad de la asistencia sanitaria tradicional es escasa. Se han realizado muy pocos estudios sobre el acceso a los servicios de salud laboral, y los que se han llevado a cabo, como el estudio de Hämäläinen *et al.* (2000), no tienen en cuenta el género. También son escasas las investigaciones sobre los puntos de vista y las actitudes en relación con los servicios de salud laboral.

Diversos estudios han demostrado que las mujeres suelen acudir más que los hombres a su médico de cabecera y que, en general, el consumo de medicamentos es más elevado entre las mujeres (Verbrugge, 1985, 1986). Esto puede estar relacionado con sus responsabilidades familiares y con el hecho de que, por lo general, viven más que los hombres.

Un estudio longitudinal realizado recientemente en los Países Bajos demostró que las mujeres tienen una mayor propensión a acudir al médico de cabecera que los hombres, mientras que estos son más propensos a acudir al especialista de medicina laboral antes y después de un período de absentismo (Houtman *et al.*, 2002). Según este estudio, las mujeres no solicitan asistencia médica con más frecuencia, sino que difieren de los hombres en la persona a la que acuden en busca de asesoramiento médico. Por el contrario, en Finlandia, en una amplia encuesta realizada en 2000 se preguntó a hombres y mujeres trabajadores sobre estas cuestiones y no se encontraron diferencias: ambos sexos habían utilizado los servicios de igual forma, se mostraban igualmente satisfechos y apreciaban de igual modo el carácter imparcial y confidencial de los servicios (Piirainen *et al.*, 2000).

La utilización de los servicios de asistencia médica laboral puede constituir un fenómeno más complejo y puede asimismo estar relacionado con las diferentes actitudes que los profesionales sanitarios adoptan con respecto a hombres y mujeres que trabajan. Por ejemplo, en otro estudio realizado en los Países Bajos, los médicos de medicina laboral afirmaron que las mujeres concedían menos importancia a la rehabilitación laboral que los hombres (Vinke *et al.*, 1999). Aunque este estudio examinó las intenciones más que las acciones, es muy posible que estas intenciones se hayan traducido en acciones destinadas a la segregación por sexo, por ejemplo, por parte de los especialistas de medicina laboral.

Otra cuestión que ha sido objeto de escasas investigaciones es la calidad de las relaciones entre pacientes y especialistas de medicina laboral. Por ejemplo, según el Eurobarómetro de 1996, el 36 % de las mujeres europeas muestra preferencia por una médica. La profesión de médico especialista en medicina laboral puede estar más dominada por los hombres que la medicina general.

Es necesario seguir investigando sobre el acceso a los servicios disponibles, sobre la calidad de los mismos desde el punto de vista del género y los motivos que explican cualquier diferencia. Anteriormente hemos visto que la disponibilidad de servicios depende al menos de las diferencias legislativas nacionales, del tipo de empresa y de la actitud del prestador de servicios.

Consulta y participación de las mujeres en cuestiones de seguridad y salud laborales en el trabajo

Puntos fundamentales

- La consulta eficaz y la participación de los trabajadores son factores fundamentales para el éxito de la prevención de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo. Existen pruebas de que los lugares de trabajo sindicalizados cuentan con mejores registros de seguridad que aquellos que no están sindicalizados.
- Las mujeres tienen menos poder en los lugares de trabajo, ya que suelen ocupar puestos de menor rango o menos cualificados.
- Hay menor probabilidad de que las mujeres estén afiliadas a sindicatos, y están infrarrepresentadas en los sindicatos en comparación con su nivel de afiliación.
- Las mujeres participan menos en las cuestiones y decisiones relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo.
- Hay ejemplos de métodos de intervenciones en materia de seguridad y salud en el trabajo destinados a hacer partícipes a los trabajado-

ras de forma eficaz. Estos ejemplos deberían compartirse.

- Es necesario desarrollar más modelos que promuevan la participación real de las mujeres en la toma de decisiones sobre seguridad y salud laborales a todos los niveles.

Menor participación de las mujeres

Varios estudios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo han destacado la consulta y la participación de los trabajadores como factores cruciales para garantizar la eficacia de las intervenciones preventivas en el lugar de trabajo y la gestión de los riesgos laborales (por ejemplo, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2001a, 2002b). Otra investigación ha puesto de manifiesto la importancia que reviste la presencia femenina en la negociación colectiva en aras de la igualdad (Dickens, 1998). Por tanto, la participación de los trabajadores en las cuestiones de seguridad y salud laborales también es crucial para abordar con eficacia los riesgos a los que se exponen tanto hombres como mujeres.

Se pidió a los participantes en la Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo que comentaran las posibilidades que tenían de debatir sobre las condiciones de trabajo y los cambios organizativos. El análisis sugiere que los intercambios sobre condiciones de trabajo y cambios organizativos son más frecuentes entre los trabajadores cualificados y con un empleo fijo. Los trabajadores no cualificados son los que menos participan en estos intercambios, y los trabajadores cedidos por empresas de trabajo temporal son los que tienen menos oportunidades de debatir sobre las condiciones de trabajo o los cambios organizativos. En la encuesta también se examinó quién participa en estos intercambios y se llegó a la conclusión de que los trabajadores participan más en los intercambios con

representantes del personal y expertos ajenos a la empresa que las mujeres. Así pues, las mujeres parecen participar menos que los hombres en los intercambios en los que es probable que se vayan a debatir y decidir de forma pormenorizada cuestiones de SST (Paoli y Merllié, 2001). Según un estudio griego sobre la participación de las mujeres en la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, en comparación con los hombres, las mujeres tienden a adoptar un papel pasivo, su participación es menor y su nivel de desconfianza con respecto al proceso de gestión de SST es elevado (Batra, 2002).

La representación sindical constituye una forma importante de consulta y participación en las cuestiones de SST. Varios estudios aseguran que los lugares de trabajo que cuentan con representación sindical llevan a cabo más actividades de gestión de la seguridad y tienen mejores registros de seguridad (por ejemplo, Reilly *et al.*, 1995; Steele *et al.*, 1997). Sin embargo, en comparación con los hombres, el porcentaje de mujeres sindicadas es menor y su presencia es incluso inferior entre los representantes de seguridad y los representantes de los trabajadores. Por ejemplo, el 59 % de los afiliados a sindicatos miembros del Congreso de sindicatos británicos son hombres, mientras que el 41 % son mujeres. No obstante, de los participantes en una encuesta realizada entre responsables de seguridad laboral de esos sindicatos, el 72 % eran hombres y el 28 % mujeres (TUC, de próxima aparición). Para más información sobre la baja representación femenina en los sindicatos en relación con su nivel de afiliación, véase García y Lega (1999).

Según sus experiencias en el programa «Trabajo seguro» de la OIT, Rosskam señala que las mujeres están ausentes de la toma de decisiones a todos los niveles (véase también Messing, 1999), ya que se encuentran con una serie de obstáculos reconocidos a la hora de ocupar puestos de liderazgo y, además, por lo que res-

pecta a la seguridad y la salud laborales, pueden verse desalentadas por la naturaleza técnica del tema. Como consecuencia de ello, se aprecia una falta de participación de las mujeres en los comités de seguridad, que acentúa la falta de participación de las mujeres en las soluciones que afectan a su propia salud. Se sugiere que convendría alentar a los sindicatos a que «impulsen los comités de mujeres e involucren a las mujeres en los comités de salud y seguridad...» como parte de la solución a este problema. Un plan de acción sobre salud femenina en la mano de obra, elaborado conjuntamente por investigadores y sindicatos de Quebec (Canadá) (sitio web de Cinbiose), recoge una recomendación similar. Algunos sindicatos han elaborado guías para las empresas sobre el modo de fomentar y facilitar la participación de las mujeres como representantes de seguridad (véanse, por ejemplo, Unison, 2001, y el recuadro 63).

Un documento publicado por la OIT sobre la integración de la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y la salud laborales también contempla la mejora de la participación de las mujeres en sus recomendaciones: «Las mujeres deberían estar mejor representadas y participar más directamente en el proceso de toma de decisiones relativas a la protección de su salud. Los puntos de vista de las mujeres en tanto que usuarias, prestadoras de asistencia y trabajadoras, y sus propias experiencias, conocimientos y cualificaciones deberían reflejarse en la formulación y aplicación de estrategias que fomenten la salud. Deberían tener un mayor grado de participación en la mejora de sus condiciones de trabajo, en particular a través del desarrollo de programas, la prestación de servicios de salud laboral, el acceso a más información y de mejor calidad, así como a formación y educación sanitarias. Se debería incrementar el apoyo a las mujeres para que se organicen y participen en la mejora de sus condiciones de trabajo tanto a nivel nacional como empresarial» (Forastieri, 2000).

Recuadro 63

Los representantes de la seguridad en el lugar de trabajo pueden aumentar la sensibilización con respecto a la salud y la seguridad de las mujeres, así como investigar sobre este tema y darle prioridad de la siguiente manera:

- planteando los problemas de salud y seguridad que afectan a las mujeres;
- animando a más mujeres a que se conviertan en representantes de seguridad;
- organizando campañas sobre salud y seguridad dirigidas a las mujeres;
- animando a las mujeres a que asistan a cursos de formación;
- buscando otras formas de sensibilizar con respecto a la salud y la seguridad de las mujeres;
- garantizando la presencia de representantes de seguridad en ámbitos en los que predominan las mujeres;
- organizando reuniones a las que puedan asistir los trabajadores a tiempo parcial y las mujeres con responsabilidades familiares;
- ofreciendo información sobre las preocupaciones en materia de salud y seguridad de las mujeres;
- realizando una encuesta sencilla para obtener más información sobre las preocupaciones en materia de salud y seguridad de las mujeres y consultando a las mujeres durante las inspecciones;
- buscando formas de mantenerse en contacto con las mujeres que trabajan a tiempo parcial o en jornadas fuera de lo habitual (por ejemplo las limpiadoras).

Fuente: Unison (2001).

Un enfoque gradual y participativo de la prevención

El enfoque participativo y gradual ha demostrado ser útil en la prevención, incluida la prevención del estrés y de los trastornos musculoesqueléticos (por ejemplo, Kompier y Cooper, 1999; Kompier *et al.*, 1996; Landsbergis *et al.*, 1999). Un ejemplo ilustrativo de este enfoque es el desarrollado por Kompier y Cooper (1999):

Recuadro 64

En los Países Bajos, un hospital se mostró dispuesto a reducir los índices de ausencia por enfermedad. El hospital también tenía intención de aumentar su competitividad y atraer más personal. La dirección tomó la iniciativa y se formó un comité de dirección. Se pidió a trabajadores de distintos niveles y departamentos en la organización que se sumaran al comité, lo que mejoró el grado de compromiso y democracia y garantizó el flujo de información. Asimismo se contrató a un consultor externo para que impulsara el proceso y prestara asesoramiento.

Se observó una mejora en las condiciones de trabajo y en la asistencia al paciente acompañada de un clima psicosocial más favorable. La tasa de absentismo disminuyó del 8,9 % al 5,8 %. No obstante, resultó difícil mantener el compromiso de los directivos en cargos medios. Los miembros del comité siguieron cambiando, las responsabilidades del comité de dirección no estaban claras y fue difícil mantener la participación de los trabajadores en un proyecto cuatrienal, así como evaluar objetivamente qué limitaciones eran graves y cuáles eran leves.

Fuente: Kompier y Cooper (1999).

1. *Preparación:* ¿Cuál es el problema? ¿Ya se dispone de toda la información necesaria para abordar el problema o es necesario recopilar más información? ¿Quién participa en la acción preventiva y cuál es su actitud con respecto a la prevención? Tanto la dirección de la empresa como los trabajadores tienen que secundar la acción y, sobre todo, aplicar medidas organizativas.
 2. *Análisis del problema:* En situaciones complejas, es necesario recopilar información adicional. Se emplean instrumentos, a menudo una combinación de distintas herramientas, para obtener toda la información pertinente. En entornos organizativos, la identificación de los grupos de riesgo es especialmente importante.
 3. *Elección de medidas:* Tanto las medidas destinadas al trabajo como las que van dirigidas a las personas pueden decidirse dependiendo de los grupos de riesgos y de los factores de riesgos identificados. Por ejemplo, para la prevención de trastornos musculoesqueléticos, las medidas destinadas al trabajo incluirían el rediseño del trabajo, cambios con respecto a las políticas relativas al tiempo de trabajo y a los descansos, el apoyo social, así como las medidas ergonómicas y tecnológicas. Entre las principales acciones dirigidas a las personas se cuentan la formación de los empleados y de la dirección, o medidas personales como la preparación. Es importante entender que algunos beneficios se conseguirán a corto plazo, y otros, a largo plazo.
 4. *Aplicación:* Las medidas deben aplicarse. Aunque la puesta en práctica de acciones parece evidente, este paso suele ser el más problemático: los estudios de casos demuestran que es en esta fase donde hay mayor riesgo de fracaso.
 5. *Evaluación:* Este es el paso final, el que dirige la acción futura. Es fundamental evaluar el proceso (¿Todo ha ido según lo previsto? ¿Qué ha fallado?, etc.) y el resultado, por ejemplo, la reducción de los índices de días perdidos por ausencia, etc.
- Más abajo se ofrecen algunos métodos que permiten mejorar o facilitar la participación de las mujeres en el marco de este enfoque.
- Ejemplos de métodos y enfoques para facilitar la participación femenina*
- Se han adoptado y recomendado diversos métodos, iniciativas y enfoques para facilitar una mayor participación de las trabajadoras en el proceso de investigación y evaluación de los riesgos laborales y en la introducción de medidas preventivas. Entre estos, cabe señalar los siguientes:
- Investigación orientada a la acción. Se trata de un método de investigación sobre inter-

venciones para garantizar una participación eficaz de los trabajadores afectados a la hora de examinar los problemas y proponer áreas de mejora, y para garantizar que se evalúan las tareas verdaderamente ejercidas por mujeres y hombres (véase el recuadro 66).

- Círculos de salud y pequeños grupos de debate sobre salud. La estrategia de promoción de la participación femenina pretende reunir a las mujeres trabajadoras en el lugar de trabajo para hablar de sus problemas de salud laboral. Un ejemplo de ello es el proyecto austríaco Spagat. Se trata de un método que aspira a hacer partícipes a las mujeres mediante la utilización de su experiencia y sus conocimientos, la realización de análisis sistemáticos de sus problemas de salud y el desarrollo de soluciones viables. Requiere la cooperación de la dirección de la empresa, el comité sindical y los trabajadores, y se basa en la utilización de «círculos de salud». Estos círculos son grupos de trabajo creados en una empresa, en la que pequeños grupos de trabajadores se reúnen para analizar las situaciones perjudiciales para la salud e idear soluciones viables. El desarrollo del proyecto corrió a cargo de una organización dedicada a la investigación y la formación, en colaboración con una federación de sindicatos y con el apoyo del Fondo austríaco de salud FGÖ (sitio web del proyecto Spagat).

Un manual de investigación básica sobre la participación de los trabajadores en cuestiones de seguridad y salud laborales elaborado para la OIT ofrece asesoramiento general sobre el funcionamiento de los pequeños grupos de debate en el lugar de trabajo (Keith *et al.*, 2002).

- Métodos de investigación para la identificación de riesgos. Se trata de un método participativo utilizado en las encuestas de los trabajadores para preguntarles por los problemas de salud relacionados con el tra-

Recuadro 65

En Alemania, la prevención y la promoción de la salud han tomado la forma de «círculos de salud». Se trata de un método que puede describirse de la siguiente manera (por ejemplo, Sochert, 1999; Mather y Peterken, 1999):

- se constituye un pequeño grupo de trabajadores y directivos en una entidad laboral o sectorial;
- el grupo se reúne en varias ocasiones durante un período de tiempo determinado (según lo acordado);
- un moderador independiente dirige estas sesiones;
- en el transcurso de las reuniones se debaten las necesidades en relación con la salud y las sugerencias para mejorar la salud de los empleados.

bajo descritos en el manual de investigación básica de la OIT (Keith *et al.*, 2002). Los trabajadores pueden identificar visualmente los problemas de salud que padecen, los peligros laborales a los que están expuestos y el entorno de trabajo general a través de bocetos sencillos del cuerpo o planos sencillos de la población activa. Puede servir, por ejemplo, para investigar los síntomas de problemas de salud más complejos, como los trastornos musculoesqueléticos. Funciona mejor en grupos de trabajadores que desempeñan la misma tarea. En un grupo de trabajadores, cada miembro marca sus dolores y dolencias en el mapa del cuerpo con la ayuda de un moderador. Es muy probable que los grupos de síntomas que aparecen en la misma parte del cuerpo estén relacionados con el trabajo. Es menos probable que los síntomas que aparecen aislados sean de origen laboral. Así, se utiliza para identificar puntos comunes de los problemas de salud que afectan a los trabajadores en un lugar de trabajo específico o que realizan el mismo trabajo. Al aplicarse en grupos, fomenta la participación y se desarrolla un enfoque colectivo. Puede resultar más fácil de entender y más atractivo que rellenar,

Recuadro 66. Ejemplo de participación de trabajadores a través de intervenciones de investigación práctica

La participación de los trabajadores es un factor fundamental para el éxito de las intervenciones en materia de seguridad y salud. No obstante, debido a su concentración en trabajos poco valorados y a su escasa representación dentro de los sindicatos, las mujeres tienen un menor acceso a los procesos de toma de decisiones y su nivel de participación es también inferior. Por tanto, en lo que respecta a las intervenciones destinadas a grupos de trabajo dominados por las mujeres, la participación real de las mujeres trabajadoras reviste especial importancia. Con esta idea en mente, el centro Cinbiose de la Universidad de Quebec ha desarrollado un enfoque de investigación práctica de las intervenciones en el lugar de trabajo que se emplea para examinar los problemas ergonómicos presentes en los trabajos en los que predominan las mujeres. Los principios que subyacen a este enfoque son:

- la capacitación;
- la utilización de los conocimientos de los trabajadores;
- el cuestionamiento de las convicciones establecidas sobre los riesgos laborales;
- el reconocimiento de las cuestiones de género en la división de las relaciones laborales y de poder.

El objetivo consiste en integrar los conocimientos de hombres y mujeres en todas las fases de las intervenciones. La observación sobre el terreno de los trabajadores y las encuestas realizadas a este grupo, así como a sus supervisores y representantes sindicales, son elementos que sirven para sugerir cambios basados en el trabajo real y establecer prioridades.

Entre los métodos empleados se incluyen:

- un estudio preliminar basado en las entrevistas realizadas al grupo y la información contextual recopilada, como los registros de accidentes, para contribuir a determinar los trabajos objeto de estudio y las prioridades;
- la observación preliminar de los trabajos seleccionados con el fin de determinar actividades concretas objeto de estudio;

- la observación sistemática y el análisis del trabajo real, incluida la recopilación de mediciones cualitativas y cuantitativas, la observación de trabajadores y la realización de cuestionarios y entrevistas a los trabajadores afectados;
- información y validación mediante la presentación y el debate de los resultados con los trabajadores, supervisores, representantes sindicales, comités de seguridad, etc.;
- la difusión de los resultados.

Cabe señalar como ejemplo de la aplicación de esta metodología un estudio sobre el trabajo administrativo en la recepción de un hospital. Normalmente, este trabajo se considera de bajo riesgo y poco exigente desde el punto de vista físico, pues se caracteriza por un entorno confortable y pocas decisiones. Entre los problemas que no cubre dicho estudio se incluyen los siguientes:

- gestión de la comunicación y de la información: trabajo telefónico en un ambiente ruidoso y ajetreado, localización, establecimiento y esclarecimiento de la información pertinente relativa a los pacientes a través de sus historiales o utilizando los conocimientos de otros recepcionistas;
- interrupción frecuente de las tareas, lo que supone una carga mental adicional del trabajo;
- dolor lumbar y problemas circulatorios por pasar mucho tiempo sentado; dolor de cuello y hombros, entre cuyas causas está el trabajar al mismo tiempo con el teléfono y buscando historiales médicos;
- problemas de distribución del lugar de trabajo, por ejemplo: trabajar en una superficie con poco fondo y demasiado elevada; pantallas de ordenador muy altas; caminar distancias entre el equipo de trabajo y el lugar de trabajo y la sala de espera donde están los pacientes.

El informe recoge numerosas recomendaciones, como la utilización de teléfonos inalámbricos, una mejor señalización para los pacientes de modo que no tengan que preguntar a los recepcionistas, una mejor distribución del lugar de trabajo, un sistema de llamada para los pacientes, propuestas para rediseñar el espacio de las oficinas, la adquisición de auriculares y la actualización del sistema informático.

Fuente: Messing (1999).

de forma individual, un cuestionario de trabajo. Los sindicatos lo han utilizado con trabajadores para investigar alergias, trastornos musculoesqueléticos, peligros para la salud reproductiva y el estrés.

- Iniciativas sindicales. Muchos sindicatos han elaborado guías específicas y han organizado campañas y programas de formación específicos referidos a las mujeres y los riesgos para su seguridad y salud laborales, con el fin de mejorar la sensibilización con respecto a las cuestiones de género y de SST y de hacer partícipes a las mujeres trabajadoras. El manual de investigación básica publicado por la OIT ofrece varios ejemplos prácticos de inspecciones e intervenciones en el lugar de trabajo que cubren las tareas realizadas por mujeres y en las que participan las mujeres trabajadoras (Keith *et al.*, 2002). En el anexo 11 se recogen algunos ejemplos adicionales de iniciativas sindicales.
- Elaboración de planes comunes y desarrollo de la cooperación entre investigadores y representantes de mujeres trabajadoras. Cabe mencionar como ejemplo ilustrativo un plan de acción desarrollado en 1998 por un grupo de investigadores y representantes sindicales canadienses de la Universidad de Quebec, en Montreal (sitio web de Cinbiose, antes mencionado). El plan de acción define una serie de cuestiones relacionadas con la salud laboral de las mujeres y cada área establece objetivos y propone medios para conseguirlos. El plan aborda la legislación y las políticas, así como las medidas prácticas y los ámbitos de investigación.

Pese a la necesidad de elaborar modelos adicionales para promover la participación real de las mujeres en la toma de decisiones relativas a la seguridad y la salud laborales, convendría intercambiar y compartir los métodos y ejemplos ya existentes de su aplicación.

6.



INTEGRACIÓN DE LAS CUESTIONES DE GÉNERO

Legislación en materia de seguridad y salud laborales

Puntos fundamentales

- Tradicionalmente, la legislación en materia de seguridad y la salud laborales era discriminatoria, ya que prohibía a las mujeres realizar determinadas tareas y se centraba en los riesgos de los trabajos en los que predominaban los hombres.
- La legislación actual adopta un enfoque de géneros neutral.
- Aunque la legislación general comunitaria sobre prevención cubre los problemas de sa-

lud y los riesgos debidos a múltiples causas que suelen caracterizar el trabajo femenino, como el estrés y los trastornos de las extremidades superiores, los peligros del trabajo típicamente masculino siguen contando con mejor cobertura en la legislación.

- Las directivas excluyen algunos trabajos que afectan más a las mujeres, como el trabajo doméstico remunerado.
- Aunque las directivas comunitarias se aplican al sector público, donde hay una elevada representación femenina, en algunos Estados miembros existen disposiciones de ejecución restringidas.
- Es posible aplicar el enfoque de evaluación y prevención de riesgos neutro con respecto al género de forma que se tenga en cuenta esta dimensión. Para ello son necesarias directrices, herramientas de evaluación de riesgos y formación. Asimismo, las directivas deberían ser objeto de evaluaciones de género cuando se revisan o cuando se elaboran otras nuevas.
- La aplicación y ejecución eficaces de las directivas comunitarias en toda la Unión Europea (UE) podrían mejorar significativamente la salud y seguridad laborales de muchas mujeres.
- Es necesario fomentar en mayor medida las condiciones de trabajo de las mujeres en el proceso de normalización.
- La aplicación eficaz de medidas de igualdad laboral contribuirá asimismo a eliminar algunas fuentes de estrés en el trabajo de mujeres.

El enfoque histórico de la seguridad y la salud laborales y el género

Históricamente, la legislación en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) se centraba en la seguridad, los accidentes, los peligros de las máquinas y los trabajos de alto riesgo como la minería. Ya se ha puesto de manifiesto que los hombres sufren más accidentes en el trabajo, y que las mujeres se ven más afectadas por determinadas enfermedades laborales. Otro enfoque histórico consistía en imponer restric-

ciones a la contratación de mujeres en determinadas profesiones o circunstancias. Este enfoque, a menudo basado en información científica muy limitada, tenía consecuencias discriminatorias por lo que respecta a la contratación de mujeres y no mejoraba las condiciones de trabajo para ninguno de los dos géneros. Por ejemplo, a principios del siglo XX, las mujeres tenían prohibido trabajar con plomo. Estaban más expuestas debido a los trabajos que realizaban, si bien no existen grandes diferencias de género en cuanto a los efectos del plomo sobre la salud. A raíz de ello, el hombre siguió trabajando sin protección en las mismas condiciones peligrosas.

Legislación comunitaria actual en materia de seguridad y salud laborales

Las directivas europeas sobre seguridad y salud laborales han abandonado este enfoque discriminatorio. La legislación actual sobre prevención de riesgos laborales suele adoptar un enfoque neutro con respecto al género.

La Directiva marco comunitaria de 1989 (Directiva 89/391/CEE del Consejo) establece un enfoque general para la prevención de riesgos en la UE. Se trata de una directiva general que obliga a los empresarios a identificar y evaluar los riesgos laborales, sin limitar el ámbito de posibles riesgos, y a adoptar medidas de protección y prevención adecuadas, basadas en una jerarquía de medidas, empezando con la prevención en la fuente. Según este enfoque, el trabajo, los lugares de trabajo y el equipo de trabajo deberían adaptarse a la seguridad y el bienestar del trabajador. Cuestiones psicosociales tales como el estrés, la violencia por parte de personas ajenas al trabajo y la organización del trabajo están cubiertas por las disposiciones generales de esta Directiva, así como los trastornos de las extremidades relacionados con el trabajo, aunque no están cubiertas por directivas específicas. Por otro lado,

existen directivas específicas sobre agentes químicos y biológicos y actividades de manejo manual, por ejemplo. La jerarquía de medidas preventivas que recoge el artículo 6 —empezando por la prevención de riesgos y la prioridad de las medidas colectivas frente a las medidas individuales— incluye la adaptación del trabajo al individuo en lo que respecta al lugar de trabajo, el equipo de trabajo, los métodos y la organización del trabajo. Sin embargo, la Directiva marco excluye específicamente el trabajo doméstico remunerado, un trabajo en el que predominan las mujeres. Asimismo cabe recordar que el pasado histórico de la legislación, con el hombre y los trabajos que realiza como centro de interés, implica que el desarrollo de la legislación actual «neutra con respecto al género» se ha basado en normas masculinas.

Las mujeres están sobrerrepresentadas en el sector público, al que también se aplican las directivas comunitarias. No obstante, las directivas no recogen métodos o normas de ejecución y, en determinados ámbitos del sector público en algunos Estados miembros, se aplican disposiciones más limitadas relativas a las inspecciones laborales y a la ejecución de la legislación, lo que puede incidir negativamente en la aplicación de las normas sobre seguridad y salud laborales en estos lugares de trabajo, así como en la utilización de los servicios de prevención, formación y representación de los trabajadores (Vogel, 1999; véase asimismo Maestro *et al.*, 2000; Montero y Frutos, 2000).

Tal como se ha debatido en el apartado dedicado a los riesgos para la salud reproductiva, al reconocer la capacidad especial que tienen las mujeres de traer niños al mundo, la UE ha elaborado una legislación específica que cubre la seguridad y la salud en el trabajo de las trabajadoras embarazadas y de las madres primerizas. La Directiva 92/85/CEE del Consejo impone una serie de obligaciones a los empresarios para que evalúen los riesgos a los que se ex-

ponen estas trabajadoras y adopten medidas para evitarlos, establece restricciones al trabajo nocturno y recoge una serie de cuestiones sobre los derechos laborales. Sin embargo, la Confederación Europea de Sindicatos (CES) considera esta legislación insuficiente, por ejemplo, porque permite apartar a las mujeres de los trabajos peligrosos en lugar de hacer más hincapié en la prevención en la fuente mediante la adopción de medidas colectivas (Vogel, 2002). Asimismo, no existe legislación específica sobre aspectos más generales de los peligros para la salud reproductiva, que vendría a cubrir todos los aspectos de la salud reproductiva tanto de las mujeres como de los hombres.

Aunque las directivas sobre seguridad y salud laborales se basan en un enfoque general de prevención y evaluación de riesgos, es posible aplicarlas en la práctica al lugar de trabajo de una forma más sensible con respecto al género.

ro. El recuadro 67 destaca las características de algunas de estas directivas que podrían facilitar la adopción de un enfoque más sensible al género.

Algunas cuestiones pertinentes para la seguridad y la salud laborales de las mujeres están cubiertas por la legislación fuera del marco de la seguridad y la salud en el trabajo. La Directiva 76/207/CEE del Consejo, modificada por la Directiva 2002/73/CE del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo, contempla el acoso sexual y medidas adicionales que afectan a las mujeres embarazadas.

Habida cuenta del amplio enfoque que caracteriza las directivas comunitarias sobre seguridad y salud laborales, si estas se aplicaran y eje-

Recuadro 67. Algunos ejemplos de directivas sobre seguridad y salud laborales neutras con respecto al género, y elementos que podrían aplicarse teniendo en cuenta las diferencias de género

En general, se puede decir que la Directiva marco adopta un enfoque neutro con respecto al género en su objetivo de establecer normas mínimas sobre seguridad y salud. Prevé el requisito de la evaluación y la prevención de riesgos y abarca los trastornos musculoesqueléticos y los riesgos psicosociales, así como los riesgos «tradicionales». Su amplio enfoque permite aplicarla teniendo en cuenta las diferencias de género. Asimismo, el artículo 16 dispone: «Los grupos especialmente sensibles a riesgos deberán ser protegidos contra los peligros que les afecten de manera específica». No se especifica cuáles pueden ser tales «grupos sensibles», de modo que el mencionado artículo podría aplicarse a las diferencias de género o a cuestiones como los trabajadores de mayor edad o con discapacidad.

La Directiva sobre equipos de trabajo (Directiva 89/655/CEE del Consejo) establece la obligación general de que los equipos de trabajo no deben ser perjudiciales para la seguridad y la salud de los trabajadores y prevé la necesidad de tener en cuenta los principios ergonómicos. La Directiva sobre equipos de protección individual establece que la selección de los equipos de protección personal debe tener en cuenta los parámetros individuales del usuario y la naturaleza de su trabajo.

La Directiva sobre lugares de trabajo (Directiva 89/654/CEE del Consejo) se refiere a las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, como por ejemplo la idoneidad del puesto de trabajo. También establece varias obligaciones adicionales en relación con las mujeres embarazadas. Entre los requisitos mínimos especificados en el anexo se incluyen los siguientes: «Las mujeres embarazadas y las madres lactantes deberán tener posibilidad de descansar tumbadas en condiciones adecuadas»; y «En los locales y lugares de descanso deberán adoptarse medidas adecuadas para la protección de los no fumadores contra las molestias debidas al humo del tabaco».

cutaran eficazmente en todos los lugares de trabajo de la UE, mejorarían considerablemente la seguridad y la salud laborales de muchas mujeres.

Legislación y medidas en materia de igualdad de género

La igualdad de género en general, en el trabajo y fuera del mismo, no está incluida en el ámbito de estudio del presente informe. Sin embargo, hemos comprobado que las diferencias de género en el estatus y el tratamiento y en el acceso a los recursos, tanto en la sociedad como en el lugar de trabajo, pueden influir sobre las diferencias de género observadas en los resultados en materia de seguridad y salud laborales. Por ejemplo, la discriminación respecto al salario y la promoción y las diferencias en las posibilidades de acceso a formación pueden ser fuentes de estrés. La UE ha aprobado una serie de directivas, acuerdos y actos con vistas a garantizar la igualdad de trato (véase el anexo 12). Cabe señalar de nuevo que, si estas normativas se aplican efectivamente en los lugares de trabajo, contribuirían a mejorar la salud laboral de las mujeres. Por otra parte, en el anexo 14 se proponen algunas medidas y estrategias en la materia basadas en la investigación de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Podría resultar particularmente fructífero tratar de estrechar vínculos entre las políticas sanitarias en el trabajo y las políticas relativas al género (véanse, por ejemplo, Vogel, 2002, y el anexo 11). Este tema se aborda en el apartado sobre la transversalidad.

Normas e indemnización

Tal como se ha expuesto anteriormente, comparado con la legislación preventiva, la cobertura de las indemnizaciones se centra mucho más en los riesgos tradicionales presentes en

numerosos trabajos masculinos. Muchas normas europeas e internacionales para equipos o exposiciones han sido desarrolladas basándose en datos sobre hombres (véase, por ejemplo, Messing, 1998). Las condiciones de trabajo de las mujeres deberían contar con mejor cobertura en el proceso de normalización.

Estrategia de la Unión Europea sobre seguridad y salud laborales y cuestiones de género

Puntos fundamentales

- La estrategia comunitaria para 2002-2006 incluye la integración de la dimensión de género en la política de seguridad y salud laborales.
- El Parlamento Europeo ha destacado varias áreas específicas de atención con respecto a la seguridad y salud laborales y a la igualdad de géneros.

Como se ha señalado en la introducción, la Comisión Europea ha defendido la necesidad de considerar con mayor detenimiento la seguridad y la salud laborales de las mujeres y ha destacado las cuestiones de género en su última estrategia de seguridad y salud en el trabajo. Dicha estrategia señala la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo y reconoce las diferencias de género en la incidencia de los accidentes y enfermedades laborales. Asimismo presenta una serie de objetivos dirigidos a enfocar de manera global el bienestar laboral a los que deben aspirar conjuntamente todos los actores en juego. Entre estos objetivos se incluyen la integración de la dimensión de igualdad entre hombres y mujeres en la evaluación del riesgo, las medidas preventivas y los mecanismos de indemnización, de forma que se tengan en cuenta las particularidades de las mujeres por lo que respecta a la salud y la seguridad en el trabajo. Se invita al Parlamento Europeo a que debata y presente oficialmente sus puntos de vista sobre las estrategias comu-

nitarias. En sus observaciones referidas a la seguridad y la salud laborales, destacó la importancia del elemento de género y propuso varias formas de seguir avanzando en este sentido.

Los elementos de la estrategia comunitaria sobre la seguridad y la salud en el trabajo (2002-2006) pertinentes para el género y la mejora de las condiciones de trabajo de las mujeres incluyen:

- la integración de las cuestiones de género como uno de los objetivos dirigidos a enfocar de manera global el bienestar laboral;
- la integración de la dimensión de género en la evaluación de riesgos, las medidas de prevención y los sistemas de compensación;
- la integración de género, que debe tenerse en cuenta en el establecimiento de objetivos nacionales cuantificados de reducción de accidentes y enfermedades laborales;
- la intención de examinar los enfoques legislativos y no legislativos de los trastornos musculoesqueléticos, la ergonomía, el estrés laboral, la violencia en el trabajo y el acoso psicosocial en el trabajo;
- los colaboradores familiares no remunerados como grupo destinatario de medidas específicas de información, sensibilización y programas de prevención de riesgos;
- el análisis de riesgos nuevos y emergentes, teniendo en cuenta los cambios en las formas de trabajo y en la organización del trabajo.

El Parlamento Europeo formula observaciones sobre la dimensión de género de la estrategia comunitaria y destaca la necesidad de hacer hincapié en las siguientes áreas:

- la incorporación de la integración (transversalidad) a través de la estrategia, por ejemplo en relación con los trabajadores temporales y a tiempo parcial;
- la «doble carga de trabajo» de las mujeres en empleos remunerados y con responsabilidades domésticas;
- las diferencias en materia de formación y educación profesionales y en aspectos de se-

guridad y salud en el trabajo, lo que impide a las mujeres acceder a determinados sectores;

- los trabajadores a domicilio y mujeres que trabajan en el sector agrícola y en pequeños negocios familiares;
- las guías, el material de formación, así como la futura legislación, que deben tener en cuenta el género;
- considerar si la legislación tiene debidamente en cuenta las necesidades específicas de hombres y mujeres, incluso en sectores en los que las mujeres están infrarrepresentadas.

Para obtener más información sobre la estrategia comunitaria y la posición del Parlamento Europeo en relación con el género, véanse los anexos 3 y 4. Más adelante se ofrece información sobre los distintos enfoques de las cuestiones de género en materia de seguridad y salud laborales en el ámbito internacional.

Transversalidad, género y seguridad y salud en el trabajo

Puntos fundamentales

- La integración del género (transversalidad) en las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo constituye un elemento importante de la consecución de mejoras en materia de seguridad y salud laborales por parte de la Comisión Europea y de las organizaciones internacionales de seguridad y salud en el trabajo.
- Las evaluaciones de género constituyen una herramienta importante de la estrategia de integración; estas deberían llevarse a cabo en diversos ámbitos de seguridad y salud laborales. Se recomienda su utilización, dada la neutralidad con respecto al género del actual enfoque de seguridad y salud en el trabajo.

A lo largo de este informe se ha comprobado que las diferencias de género en materia de seguridad y salud laborales se ven influidas por una amplia gama de factores tanto dentro

como fuera del trabajo. No obstante, las políticas en materia de salud laboral, igualdad, así como salud pública y social, están a menudo muy fragmentadas (Vogel, 2002. Véase asimismo el anexo 11). La transversalidad es el enfoque que se está aplicando para fomentar la unión de los distintos ámbitos políticos.

La estrategia de la Comisión Europea sobre el fomento de la igualdad entre mujeres y hombres en las políticas comunitarias se basa en la transversalidad. Anteriormente, hemos visto que las cuestiones de género se han integrado en la estrategia de la UE sobre la mejora de la seguridad y salud laborales en Europa. La integración del género en la seguridad y la salud en el trabajo supone integrar activamente las cuestiones de género en la recopilación de información, la fijación de normas, la legislación, las medidas preventivas y el establecimiento de políticas, así como hacer partícipes a las mujeres en los órganos de toma de decisiones, como los consejos nacionales de seguridad, los servicios de salud laboral y los comités de seguridad de las empresas. Hemos comprobado que, en el marco de su estrategia sobre seguridad y salud en el trabajo, la Comisión ha adoptado el objetivo de la integración del género en sus acciones. Otros organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), también defienden este enfoque (véase el anexo 8); asimismo se ha mencionado la estrategia del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de los Estados Unidos (NIOSH) consistente en integrar el género en su programa de investigación.

Las evaluaciones del impacto en función del género constituyen una herramienta importante en la estrategia de transversalidad de la Comisión, que ha elaborado una guía general sobre las mismas (Comisión Europea, sin fecha). Tal como manifiesta la Comisión en la guía, «decisiones políticas que parecen no sexistas pueden tener un diferente impacto en las mujeres y en los hom-

bres, aun cuando esta consecuencia ni estuviera prevista ni se deseara. Se procede a una evaluación del impacto en función del género para evitar consecuencias negativas no intencionales y para mejorar la calidad y la eficacia de las políticas». La guía explica: «Un estudio detenido puede revelar que políticas que parecen no sexistas afectan de manera diferente a las mujeres y a los hombres. ¿Por qué? Porque existen diferencias sustanciales en las vidas de mujeres y hombres en la mayoría de los ámbitos».

Recuadro 68

Es necesario reconocer la diversidad entre mujeres y hombres en las políticas, estrategias y enfoques. La integración de la igualdad de género en el ámbito de la salud es una estrategia que promueve la integración de las cuestiones de género en la formulación, el control y el análisis de políticas, programas y proyectos, y cuyo objetivo consiste en asegurar el mejor estado de salud posible para mujeres y hombres. La integración de la dimensión de género en la salud es un proceso tanto político como técnico, que requiere cambios en las culturas organizativas y en las formas de pensar, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos. Una estrategia de integración no excluye iniciativas específicamente dirigidas a mujeres u hombres cuando sean necesarias. Es preciso adoptar iniciativas positivas y complementarias en una estrategia de integración (OMS, 2002a).

Se pretende que esta guía general se adapte a las necesidades específicas de cada uno de los ámbitos políticos de la Comisión, según proceda, y resulta lógico que esto se aplique a la política de la Comisión sobre seguridad y salud en el trabajo, dado que también en este ámbito se ha adoptado un enfoque neutro con respecto al género.

Cuando se planifiquen directivas europeas sobre seguridad y salud laborales o se evalúen o examinen las directivas vigentes, debería llevarse a cabo una evaluación de impacto en función del género como parte del proceso. Otros ámbitos en los que pueden realizarse este tipo de evaluaciones en materia de seguridad y salud en

el trabajo incluyen el establecimiento de normas y límites de exposición, los mecanismos de indemnización, la realización de análisis comparativos, la fijación de objetivos de mejora de la seguridad y la salud en el trabajo y el establecimiento de prioridades.

Es importante examinar el impacto de los análisis comparativos y de la fijación de objetivos teniendo en cuenta el género. Por ejemplo, si los objetivos se fijan prestando especial atención a los riesgos «tradicionales» de los trabajos en los que predominan los hombres o a los tipos de accidentes que sufren con mayor frecuencia los hombres, entonces el impacto en función del género será desigual.

Al igual que se aplica la «integración de la igualdad de género» a las políticas y medidas de SST (es decir, la integración de las cuestiones de género en las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo), la SST debería integrarse en las políticas y medidas sobre igualdad entre mujeres y hombres, como las cuestiones relativas al empleo o la igualdad en el trato sanitario. El siguiente apartado trata con más detalle este tema.

A continuación se ofrecen algunas sugerencias para integrar el género en la seguridad y la salud laborales:

- mejorar los indicadores de sensibilidad con respecto al género referidos a la seguridad y la salud laborales y la organización del trabajo;
- incluir las cuestiones de género pertinentes en todas las directrices en materia de SST de la Comisión y en todas las actividades de información;
- incluir el examen de las cuestiones de género en los trabajos de todos los grupos *ad hoc* creados para asesorar a la Comisión sobre cuestiones de seguridad y salud laborales;
- incluir el género en las actividades de evaluación de riesgos.

En algunos países, la integración de las cuestiones de género en la salud laboral se está convirtiendo en la norma. Por ejemplo, en Finlandia se realizó un análisis del impacto en función del género durante la preparación de la Ley 738/2002 sobre seguridad y salud en el trabajo, que entró en vigor a principios de 2003. Aquella fue la primera vez que se llevó a cabo una evaluación de impacto en función del género, y el motivo que justificó tal evaluación fue que la vida laboral en Finlandia está muy segregada en función del género, lo que implica una gran divergencia entre las condiciones laborales y los riesgos de mujeres y hombres.

El proyecto sobre vida laboral y ampliación de la Unión Europea anima y, en la medida de lo necesario, ayuda a los países candidatos a llevar a cabo sus planes de actividad. Por ejemplo, el plan de Malta incluye la elaboración de un manual de formación que proporciona orientación en materia de género e igualdad (Skiöld, 2002). Es importante promover estas actividades en los Estados miembros y en los países candidatos, e igualmente importante es compartir los resultados obtenidos.

Integración de la seguridad y la salud laborales en iniciativas en materia de igualdad

Puntos fundamentales

- Los planes nacionales y empresariales en materia de igualdad pueden servir para fomentar la igualdad en las condiciones de trabajo.
- La evaluación de riesgos sensible al género puede utilizarse como herramienta para ayudar a reducir las desigualdades de salario y las oportunidades.
- Existen ejemplos de inclusión de la seguridad y salud laborales en planes de igualdad. Conviene seguir investigando en este ámbito y compartir los ejemplos prácticos.

- La seguridad y la salud en el trabajo también deberían incluirse en programas de igualdad en materia de salud.
- La igualdad, incluso en las condiciones de trabajo, debería formar parte de las actividades en materia de responsabilidad social de las empresas.

La consecución de la igualdad en materia de seguridad y salud laborales debería figurar entre los objetivos de la política, los programas y las actividades de igualdad laboral.

La evaluación de riesgos sensible al género, en la que se examinan los trabajos y tareas reales llevados a cabo, demuestra que el trabajo que desempeñan las mujeres no es menos exigente físicamente que el de los hombres y que a menudo implica esfuerzos físicos adicionales, así como presiones y factores de estrés que son menos comunes en el trabajo de los hombres (Messing, 1998, 1999). Las evaluaciones de riesgos de las tareas y responsabilidades del puesto de trabajo pueden constituir herramientas útiles para reducir las desigualdades salariales y de oportunidades, en la medida en que sean sensibles al género (Grönkvist y Lagerlöf, 1999). Cuestiones como el acoso sexual están claramente relacionadas con la igualdad y la seguridad y salud laborales.

En algunos Estados miembros, la legislación obliga a los empresarios a aplicar planes de igualdad. Dichos planes pueden promover la igualdad y las condiciones de trabajo si cubren la diferenciación de trabajos y los riesgos para la seguridad y la salud (Grönkvist y Lagerlöf, 1999), y están empezando a aparecer ejemplos de su aplicación en este sentido.

Kauppinen y Ojala (1999) llevaron a cabo un proyecto titulado «Gender equality, work organisation and well-being» («Igualdad de género, organización del trabajo y bienestar») orientado a definir normas de igualdad para un buen lugar de trabajo. La iniciativa surgió de la orga-

nización nacional del mercado de trabajo y el proyecto se realizó en estrecha colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales nacionales. En los diez lugares de trabajo participantes, las trabajadoras observaron más carencias en el clima de igualdad que los hombres: el 77 % de hombres y solo el 42 % de mujeres afirmaron que la igualdad de géneros era una realidad en su lugar de trabajo. El proyecto desembocó en la elaboración de ocho normas de igualdad que las empresas debían utilizar para realizar una autoevaluación de su actuación; dicha autoevaluación debía cubrir: el nivel de igualdad; la política salarial y de remuneración; oportunidades profesionales y de empleo; objetivos comunes y oportunidades de influencia y control; el ambiente de trabajo y el sentimiento de pertenencia a la empresa; el flujo de información y la apertura en la difusión de información; condiciones de trabajo; y la conciliación del trabajo con la vida familiar (véase el anexo 13). Las normas pueden utilizarse en la planificación de orientaciones en materia de igualdad.

La UE establece una serie de directrices de empleo que los Estados han de cumplir. Por ejemplo, los ámbitos estratégicos para 2002 preveían aumentar la participación de la mujer en el trabajo, y los Estados miembros tuvieron que tener en consideración cuestiones como la igualdad de género, la seguridad y la salud en el trabajo, la flexibilidad y la seguridad, la integración y el acceso al mercado de trabajo, la organización del trabajo y el equilibrio entre trabajo y vida familiar. Los Estados miembros traducen estas directrices en políticas nacionales y en planes de acción nacionales para desarrollar la estrategia de empleo, y deberían adoptar un enfoque basado en la transversalidad (Consejo Europeo, 2002). En lo que respecta a los planes de acción sobre la igualdad en el trabajo, los planes nacionales en materia de igualdad laboral pueden promover la igualdad en las condi-

Recuadro 69. Valmet Automotive. Excelencia en materia de igualdad

En el año 2002, la planta de fabricación de vehículos Valmet Automotive (Finlandia) introdujo un programa interno en materia de igualdad, cuyos objetivos eran promover la igualdad de género y crear unas buenas condiciones de trabajo. La igualdad en Valmet Automotive implica un trato respetuoso hacia todos sus integrantes en la rutina de trabajo diaria, independientemente de su edad, sexo, origen étnico o posición. El programa de igualdad incluye los objetivos de ofrecer a los trabajadores unas condiciones de trabajo seguras y

saludables, así como de tener en cuenta diversos aspectos que van desde el trabajo ergonómico hasta la conciliación del trabajo y la familia. El programa prohíbe explícitamente el acoso sexual en el lugar de trabajo. El desarrollo activo de técnicas de trabajo en equipo pretende aumentar la capacidad de los trabajadores y sus oportunidades para asumir responsabilidades en el desarrollo de su propio bienestar, ya sea como personas o como grupo. El plan de igualdad se tendrá en cuenta en los proyectos de desarrollo y los planes para servicios de salud laboral.

Fuente: Ahjo (2002).

ciones de trabajo si contemplan la seguridad y la salud laborales.

Actualmente se está prestando más atención a la igualdad en los programas y políticas en materia de salud, que, a su vez, deberían incluir cuestiones de seguridad y salud en el trabajo. Por su parte, las actividades de responsabilidad social de las empresas también deberían integrar la igualdad de condiciones de trabajo.

Igualdad de género dentro y fuera del trabajo

Puntos fundamentales

- Las medidas destinadas a mejorar la igualdad mejorarían asimismo la calidad del trabajo femenino.
- Otros organismos europeos han propuesto medidas en este ámbito (véase el anexo 14).

Recuadro 70

En el informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo titulado *Promoting gender equality in the workplace (Promover la igualdad de género en el trabajo)*, Olgati y Shapiro (2002) (véase asimismo Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002c) examinan la utilización de los planes de igualdad en el trabajo mediante la investigación de veintidós estudios de casos en siete países. Los resultados indican que tanto la legislación como los programas nacionales desempeñan un papel importante a la hora de presentar, mantener y desarrollar el perfil de la acción en materia de igualdad en el lugar de trabajo. La negociación colectiva también constituye una parte importante de este proceso. A pesar de la importancia de la legislación, los resultados pueden ser modestos si la actitud básica de la empresa es negativa. Según el informe, la mayoría de los empresarios acogió con satisfacción el aumento

de la participación femenina, pero la presión a la que se ven sometidas las empresas para prestar servicios las 24 horas del día y los siete días de la semana tiene un impacto negativo sobre el equilibrio entre familia y trabajo.

Olgati y Shapiro (2002) señalan la importancia de la equidad en el trabajo. La equidad se refiere a la justicia e igualdad de trato en la empresa en cuanto a derechos, prestaciones, obligaciones y oportunidades. Significa igualdad de oportunidades para mujeres y hombres y capacidad para elegir sin limitaciones impuestas por roles estrictos en función del género. La equidad no implica dispensar el mismo trato a todos los empleados. Por ejemplo, la formación y el desarrollo de aptitudes deben adaptarse a la edad del trabajador, sus conocimientos y su educación. Autores como Kivimäki *et al.* (2003) aportan pruebas de que la equidad en el trabajo tiene un efecto positivo sobre la satisfacción de los trabajadores con su empleo y sobre su salud mental.

Al principio del presente informe se hace referencia a la amplia variedad de cuestiones relacionadas con la igualdad en el empleo y en la sociedad que repercuten en las diferencias de género por lo que respecta a la seguridad y la salud en el propio lugar de trabajo. El presente informe menciona cuestiones tales como la mayor carga de trabajo que soportan las mujeres en el hogar, el acoso sexual o la discriminación de las mujeres en el trabajo. Por ejemplo, en sus observaciones en torno a los resultados de la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, Fagan y Burchell (2002) sostienen que «algunas diferencias de género se deben al mo-

delo más amplio de las relaciones entre hombres y mujeres y a la desigualdad en la sociedad, que van más allá del interés por las condiciones de trabajo segregadas en función del género». El presente informe no pretende investigar cuestiones más generales relativas a la igualdad, y cabe señalar que ya se han presentado estrategias de acción en la materia de ámbito europeo. En el anexo 14 se ofrecen más detalles de las propuestas de acción para reducir las desigualdades, así como ejemplos de buenas prácticas basados en la investigación de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c).

7.



DEBATE Y CONCLUSIONES

La mejora de la empleabilidad de mujeres y hombres supone garantizar que no se ven obligados a abandonar su trabajo como consecuencia de un accidente o una enfermedad, que el trabajo es compatible con la vida familiar y que tanto mujeres como hombres pueden trabajar de forma segura y sana en distintos ámbitos laborales. Por otro lado, la falta de medidas adecuadas para prevenir los riesgos laborales que afectan a ambos conlleva un elevado coste económico.

Hemos visto que existen diferencias de género en los numerosos factores que influyen en las

condiciones de trabajo y en la calidad del trabajo. Estos factores suelen estar interrelacionados. Entre ellos se incluyen: la legislación y la política social; las percepciones e ideas sobre quién corre un riesgo y qué riesgos se encuentran en los distintos trabajos, y cuáles se consideran riesgos laborales; la discriminación dentro y fuera del trabajo, las relaciones entre hombres y mujeres y las diferencias de género en la sociedad en general.

En este contexto, cabe destacar dos cuestiones importantes: en primer lugar, los factores que influyen en el tipo de riesgos de origen laboral, y, en segundo lugar, los factores que afectan a la medida en que se reconocen los peligros y se evitan los riesgos.

Entre los factores que influyen en las diferencias de género en relación con la exposición a los riesgos de origen laboral, en primer lugar, y, por tanto, las diferencias en las consecuencias para la salud laboral, existen dos factores relevantes: el primero, la segregación del empleo en función del género, y el segundo, las responsabilidades domésticas segregadas en función del género junto con la interfaz de relación entre trabajo y vida privada.

Segregación en función del género en el trabajo

Debido a la segregación laboral entre los géneros en el mercado laboral de la Unión Europea (UE), que sigue siendo elevada a pesar de los cambios producidos en el mundo laboral, las mujeres y los hombres están expuestos a diferentes entornos de trabajo y diferentes tipos de exigencias y tensiones, incluso cuando trabajan en el mismo sector y ejercen la misma profesión. Existe una fuerte segregación entre sectores, entre empleos dentro del mismo sector, y, como hemos visto, puede existir segregación de tareas incluso cuando mujeres y hombres ocupan el mismo cargo en el mismo trabajo. También existe una fuerte segregación vertical en las empre-

sas, teniendo los hombres más posibilidades de ocupar puestos más altos. En cuanto a los diferentes tipos de riesgos, tanto físicos como psicosociales, la segregación laboral contribuye en buena medida a la exposición a los riesgos laborales y, por tanto, a las consecuencias sobre la salud. Por lo general, los hombres sufren más accidentes y lesiones en el trabajo que las mujeres, mientras que estas notifican más problemas de salud, como trastornos de las extremidades superiores y estrés.

Otras diferencias de género en las condiciones de empleo repercuten sobre la seguridad y la salud en el trabajo (SST): en los trabajos mal pagados y precarios se concentra un número más importante de mujeres, lo que afecta a sus condiciones de trabajo y a los riesgos a los que están expuestas; la desigualdad entre los géneros tanto dentro como fuera del lugar de trabajo puede afectar a la seguridad y la salud laborales de las mujeres, y existen importantes conexiones entre aspectos de la discriminación en su sentido más amplio y la salud; más mujeres trabajan a tiempo parcial, y los trabajos a tiempo parcial y a tiempo completo presentan características distintas; los hombres suelen trabajar muchas más horas.

Segregación en función del género en el hogar

El reparto desigual de las tareas domésticas y el hecho de que las mujeres suelen tener más responsabilidades familiares y de asistencia incrementan la presión a la que se ven sometidas muchas trabajadoras. Esto también aumenta el coste para la economía, derivado de las enfermedades relacionadas con el trabajo que padecen las mujeres. Un conflicto entre el trabajo y el hogar es una fuente de estrés laboral. Asimismo es importante reconocer que las jornadas largas y a menudo inflexibles de los hombres pueden afectar al empleo de las mujeres y a los roles familiares.

Evaluación sensible al género: evaluar la exposición real de las trabajadoras

Es posible que, en muchos aspectos, se pasen por alto los riesgos a los que se exponen las mujeres en el trabajo. Los factores que afectan a la seguridad y la salud laborales son diversos y a menudo están interrelacionados. En cuanto a los peligros que se examinan en el presente informe, se han debatido los posibles motivos por los que se subestiman los riesgos conocidos a los que están expuestas las mujeres. Existen al menos dos importantes motivos: primero, si no se adopta un punto de vista holístico en relación con las fuentes de los riesgos para la SST y las consecuencias para la salud, se pasarán por alto determinados riesgos y consecuencias relacionados con la salud. Segundo, si se parte de supuestos equivocados sobre quién está en situación de riesgo, algunos grupos quedarán excluidos por equivocación de esta perspectiva.

Si en el marco de la investigación se ignora a las mujeres o los trabajos que estas realizan, entonces también se pasarán por alto los riesgos y, por tanto, las mujeres también serán ignoradas en los programas de prevención y en las futuras investigaciones. Una vez más, si los controles estadísticos no tienen en cuenta las cuestiones de género, la visión general quedará distorsionada. El éxito de la prevención y la eficacia de la formulación de políticas y estrategias residen en disponer de una buena información. Las políticas en materia de SST, la legislación, los programas de prevención, la prestación de servicios de medicina laboral y las inspecciones de trabajo se basan en los análisis de riesgos. Si se ocultan los riesgos que afectan a las mujeres, esto se traducirá en un trato desigual.

En cuanto a la segregación por géneros, hemos comprobado cómo incluso los hombres y las mujeres que desempeñan el mismo tipo de trabajo pueden realizar tareas distintas. Esto significa que, a la hora de llevar a cabo investigaciones, controles estadísticos e intervenciones, es necesario exa-

minar con el máximo detalle posible las tareas verdaderamente ejercidas por los trabajadores.

Para evaluar realmente los riesgos que afectan tanto a mujeres como a hombres, es importante tener en cuenta la duración de la exposición. Esto implica realizar ajustes en relación con el trabajo a tiempo parcial y a tiempo completo y con el hecho de que en algunos sectores se trabaja más horas. Cuando se tiene en cuenta lo anterior, se reduce la diferencia, por ejemplo, en la tasa de accidentes o trastornos auditivos entre mujeres y hombres, aunque no se elimina. Sin embargo, «menos riesgo» no es lo mismo que «ningún riesgo», aunque a menudo se interpreta así. Este puede ser el motivo por el que se obvia a las mujeres o el género en las investigaciones sobre las consecuencias del trabajo sobre la salud que más prevalecen en los hombres, o por el que se ignoran los sectores en los que trabajan las mujeres. Esto puede llevar a que las mujeres con trabajos tradicionalmente femeninos queden excluidas de las inspecciones laborales en materia de sanidad, a que los médicos no sepan responder a las preguntas sobre la relación entre el trabajo y los problemas de salud de las mujeres o a que las mujeres o sus trabajos reciban menos recursos de los servicios de salud laboral.

Los hombres sufren accidentes más discretos o problemas de salud con una clara causa de origen laboral, como la pérdida de audición, que se derivan de riesgos más visibles y que cuentan con métodos más obvios para su prevención. Las consecuencias como los trastornos de las extremidades superiores y el estrés, originados por trabajos que muchas mujeres ejercen, se deben a una gran variedad de causas y suelen evolucionar más lentamente a lo largo del tiempo. Aunque actualmente se reconocen las causas de origen laboral y el éxito de las medidas preventivas, una investigación de calidad y una intervención de éxito obligan a que se examinen todos los factores y la situación real de trabajo. Por ejemplo, puede ocurrir que los factores de estrés a los que

las mujeres se enfrentan con mayor frecuencia que los hombres, como el conflicto entre trabajo y vida familiar, el acoso sexual y la discriminación, se pasen por alto en las evaluaciones de riesgos relativas al estrés laboral. Asimismo, sigue siendo menos probable que se obtenga una indemnización por las enfermedades multifactoriales.

Apenas se ha prestado atención a algunos ámbitos de la salud femenina en relación con el trabajo, como los trastornos menstruales y la menopausia. En cambio, se ha prestado mucha atención a su salud como madres embarazadas o primerizas, mientras que se ha prestado menos atención a la salud reproductiva de los hombres y al trabajo.

Al margen de la capacidad reproductiva, existen otras diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Los hombres suelen ser más altos, más fuertes, etc. Fuera del ámbito de la SST, se reconoce que las mujeres sufren más problemas de salud con un menor consumo de alcohol que los hombres. Estos padecen más cáncer de testículos, y las mujeres, más cáncer de mama. Sin embargo, dado que la exposición debida a las condiciones de trabajo está tan estrechamente ligada a las consecuencias sobre la salud en mujeres y hombres, es preciso llevar a cabo estudios de mujeres y hombres que trabajen en las mismas circunstancias, con las mismas exposiciones, a fin de investigar las diferencias de género en cuanto a la vulnerabilidad.

Dadas las importantes conexiones que existen entre el empleo, y por tanto el nivel de exposición a los riesgos, y las consecuencias para la salud, las diferencias individuales son menos importantes si los esfuerzos se centran en el control de los riesgos en su origen para crear un entorno de trabajo seguro y saludable para todos. La utilización de equipos para el traslado de pacientes en hospitales reduce las actividades de traslado manual para hombres y mujeres. Hemos visto que la asignación de tareas a mujeres y hombres, con arreglo a la fuerza, por

ejemplo, resulta problemática en varios sentidos. Los trabajos «ligeros» no siempre son tan ligeros como podría parecer, y los trabajos pesados pueden acabar perjudicando a personas más fuertes a lo largo del tiempo. Deberían tenerse en cuenta los elevados porcentajes de problemas de espalda en hombres. Existen diferencias entre hombres y mujeres en algunos tipos de consecuencias para la salud, y estas deben ser objeto de controles y estudios en relación con el trabajo, como el cáncer en hombres y mujeres.

También es posible que existan diferencias entre géneros, por ejemplo en el modo de afrontar el estrés, pero no parece que las fuentes de estrés presenten grandes divergencias en función del género, aunque el nivel de exposición y su impacto pueden variar con el género. Una vez más, es importante concentrarse en el reconocimiento y la prevención al objeto de mejorar la calidad del trabajo para todos. Por ejemplo, es fundamental mejorar el equilibrio entre el trabajo y la vida privada para todos, aunque las mujeres serían las principales beneficiadas. También es fundamental encontrar la forma de promover un reparto más equitativo de las tareas domésticas.

La flexibilidad es importante en varios sentidos a fin de crear un entorno de trabajo seguro y saludable para una población diversa, en el que las condiciones de trabajo y los empleos se ajusten a las personas, y no a la inversa. Esto incluye flexibilidad de la jornada laboral, por ejemplo para mejorar el equilibrio entre trabajo y vida privada. La flexibilidad para ir al aseo y tomar un descanso es particularmente importante en el caso de las trabajadoras embarazadas y las mujeres que atraviesan la menopausia. También hemos visto la importancia de tener en cuenta las diferencias individuales a la hora de aplicar soluciones —como la disponibilidad de ropa y equipos de protección—, ya que las soluciones diseñadas para el tipo de hombre estándar ponen en peligro a algunos hombres y a muchas mujeres.

La utilización de normas estándar, por ejemplo para el diseño de equipos y la exposición a sustancias peligrosas, constituye una parte importante del programa de prevención de la Unión Europea en materia de SST. En este sentido, es importante tener en cuenta cualquier diferencia de género para crear normas que protejan a mujeres y hombres, aunque muchas normas se han establecido sobre la base de datos relativos, en su gran mayoría, a poblaciones masculinas.

Como ya se ha mencionado, para poder entender con precisión los riesgos de las trabajadoras y garantizar el éxito de las medidas preventivas, es necesario incluir a las mujeres y los trabajos que ocupan en las investigaciones y en la recopilación de información. Las preguntas formuladas, los métodos de recopilación de datos y los métodos de análisis son, todos ellos, importantes. Otro elemento crucial para mejorar la atención que se presta al reconocimiento y la prevención de los riesgos laborales que afectan a las mujeres es la participación de las mujeres en actividades de SST y en el proceso de toma de decisiones a todos los niveles. En el presente informe se han ofrecido varios ejemplos de la importancia que reviste la participación de las trabajadoras en el proceso de evaluación y prevención de riesgos en el lugar de trabajo y el examen de los trabajos y tareas reales.

Sensibilidad con respecto al género e integración

Las diferencias de género pueden traducirse en modelos desiguales de los riesgos para la salud, la utilización de los servicios sanitarios y las diferentes consecuencias para la salud. Los resultados de este informe confirman que el enfoque de la SST sensible al género está contribuyendo a mantener las carencias de conocimiento, y que se está prestando más atención y dotando de más recursos a la salud

laboral de los hombres y a los riesgos a los que se enfrentan en el trabajo, lo que a su vez se traduce en una prevención menos eficaz. Se ha mencionado la posible desigualdad de género en la cobertura y aplicación de las directivas neutras con respecto al género, el establecimiento de prioridades sobre SST y la asignación de recursos, los análisis comparativos, la creación de normas y los regímenes de indemnización. Las políticas de salud laboral pueden tener en cuenta las diferencias de género mediante la adopción de un enfoque sensible al género, reconociendo que determinados problemas de salud son únicos o que tienen implicaciones serias para hombres o mujeres.

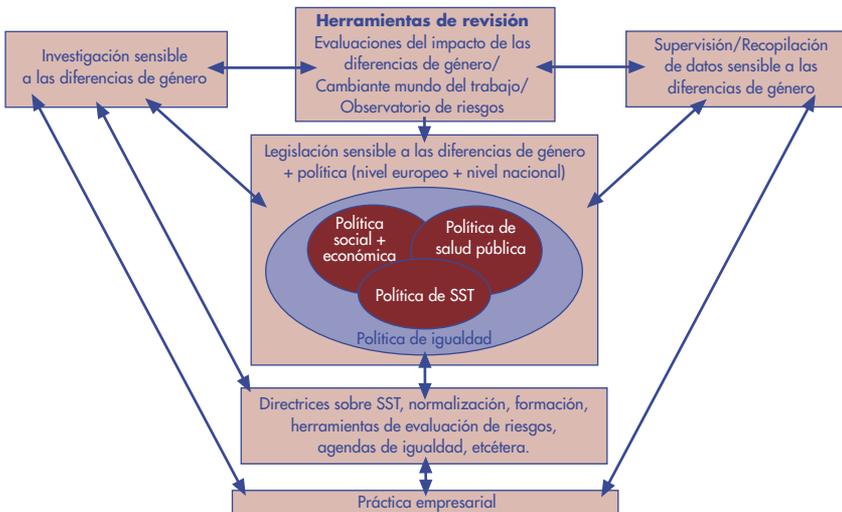
La transversalidad o, dicho de otro modo, la integración de las cuestiones de género en los análisis, la formulación y el control de políticas, programas y proyectos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres es fundamental, y las evaluaciones de impacto en función del género representan una herramienta útil en este proceso.

A continuación se presenta un modelo para la integración de las cuestiones de género en el sistema de SST.

Por otra parte, la adopción de un enfoque holístico respecto a la prevención en materia de SST requiere un enfoque interdisciplinar entre los distintos ámbitos políticos, tal como se refleja en el modelo.

Disponemos de conocimientos suficientes para empezar a adoptar un enfoque de SST sensible al género a todos los niveles, desde el político hasta el práctico. La perspectiva de género se debería integrar en las inspecciones de trabajo, la elaboración y aplicación de la legislación, las evaluaciones de riesgo y las prácticas de prevención. Los profesionales de la salud laboral, tanto médicos y enfermeras como otros expertos (por ejemplo ingenieros de seguridad y fisioterapeutas), necesitan más formación en estas cuestiones. Los sindicatos tienen que desempeñar un papel importante en la sensibilización pública, formación y elaboración de directrices. Se deberían crear los marcos neces-

Niveles de acción para la integración del género en el sistema de SST



rios que sirvan de orientación para la integración del género en las políticas y prácticas de SST. Convendría compartir experiencias y prácticas a fin de mejorar los enfoques.

A continuación se presentan algunas propuestas para integrar el género en el ámbito de la SST.

El Comité consultivo de la Comisión Europea para la seguridad, la higiene y la protección de la salud podría crear un grupo *ad hoc* sobre el género con el fin de examinar formas prácticas de llevar a cabo el programa de trabajo de la UE relativo a la integración del género en la SST.

Los comités de diálogo sectoriales europeos podrían examinar la forma de llevar a cabo dicha integración y de adoptar un enfoque sensible al género en su sector. A tal fin, podrían elaborarse directrices para la evaluación y la prevención de riesgos.

Otro ámbito pendiente de estudio es la forma en que las organizaciones defensoras de la igualdad puedan ampliar sus actividades de modo que abarquen la seguridad y la salud laborales. Por ejemplo, el Lobby Europeo de Mujeres creó una base de datos de expertas europeas (*women's talent bank*) como recurso para contribuir a aumentar la participación femenina en reuniones, conferencias y grupos técnicos que asesoran a la Comisión Europea y a otras instituciones comunitarias e internacionales. Este tipo de iniciativas podría ampliarse a fin de incluir el ámbito de la seguridad y la salud laborales.

Podrían buscarse vías de cooperación entre el Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud y el Comité consultivo de igualdad de oportunidades, y este último podría considerar la manera de promover la igualdad en el ámbito de la SST dentro de sus propias actividades.

Pueden adoptarse medidas similares a escala nacional. Asimismo, tal como ha hecho el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral de

los Estados Unidos (NIOSH), las autoridades e instituciones de SST podrían abordar de forma específica las cuestiones relativas a la salud laboral de las mujeres y otros ámbitos del empleo femenino que se han pasado por alto en el marco de las actividades de investigación e intervención.

Las organizaciones que se ocupan de la salud de las mujeres, como los programas de salud femenina o las organizaciones no gubernamentales que se encargan de estas cuestiones, constituyen una fuente importante de información y desempeñan un papel relevante en la sensibilización pública. Disponen de un amplio margen de maniobra que les permite abordar aspectos de la salud laboral de las mujeres y trabajar con otras organizaciones en el ámbito de la SST —como las autoridades responsables en la materia, sindicatos y empresarios—, al objeto de sensibilizar y prestar asesoramiento en el lugar de trabajo. Se ha observado asimismo que las mujeres hacen buen uso de Internet para buscar información sobre salud. La inclusión de información sobre SST en las páginas web de las organizaciones sanitarias podría representar un método útil de sensibilización entre las mujeres.

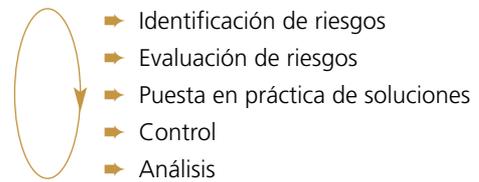
En el ámbito de la SST, es importante emprender las actividades de sensibilización y prevención lo antes posible, acercando la SST a las escuelas e integrándola en el proceso educativo. De ahí, la conveniencia de integrar la perspectiva de género en este proceso.

Aplicación de un enfoque sensible al género en las intervenciones en el lugar de trabajo

La prevención en materia de SST requiere un enfoque que tenga en cuenta la perspectiva de género. Se ha señalado que, aunque la mayor parte de la legislación europea sobre SST es neutra con respecto al género, sería posible aplicarla desde una perspectiva de género. Sin embargo, se necesita asesoramiento, sensibilización y formación en la materia para lograrlo.

El objetivo principal de una evaluación de riesgos y un enfoque preventivo sensibles al género es detectar los peligros menos visibles y los problemas de salud más comunes en las trabajadoras, con el fin de emprender las acciones preventivas pertinentes. Dado que existen diferencias de género en numerosas cuestiones más amplias relacionadas con las circunstancias laborales, como los conflictos entre trabajo y vida privada, la discriminación y la participación en la toma de decisiones en el lugar de trabajo, es necesario adoptar un enfoque holístico de la prevención de riesgos, si se pretende tener en cuenta todas las diferencias de género relevantes.

Normalmente se considera que la evaluación y la prevención de riesgos cubren cinco fases:



Todas las partes del proceso de evaluación y prevención de riesgos deben tener en cuenta la dimensión de género. En el recuadro 71 se presentan algunas sugerencias, basadas en los resultados de este estudio, para hacer que este proceso sea más sensible a los géneros.

Recuadro 71. Sugerencias para incluir el género en la evaluación de riesgos

Aspectos clave de una evaluación de riesgos sensible a los géneros:

- ✓ Mantener un compromiso positivo y tomarse en serio las cuestiones de género.
- ✓ Examinar la verdadera situación de trabajo.
- ✓ Hacer partícipes a todos los trabajadores —mujeres y hombres— en todas las fases.
- ✓ Evitar hacerse ideas preconcebidas sobre cuáles son los riesgos y quién se encuentra en situación de riesgo, etc.

Identificación de riesgos, por ejemplo:

- evaluar los riesgos prevalentes en los trabajos dominados tanto por hombres como por mujeres, por ejemplo, abarcando las áreas destacadas en el presente informe;
- examinar los riesgos para la salud y los que afectan a la seguridad;
- preguntar de forma estructurada a las trabajadoras y los trabajadores qué problemas tienen en su trabajo;
- evitar hacerse ideas preconcebidas sobre qué puede ser «trivial»;
- tomar en consideración a toda la mano de obra, por ejemplo personal de limpieza y recepcionistas;

- no olvidar a los trabajadores a tiempo parcial, temporales o contratados por empresas de trabajo temporal, ni a los que estén de baja por enfermedad en el momento de la evaluación;
- animar a las mujeres a informar de aquellos aspectos que, en su opinión, pueden afectar a su seguridad y salud en el trabajo, así como de cualquier problema de salud que puede guardar relación con el trabajo;
- examinar y preguntar por aspectos más amplios que se plantean en este informe.

Evaluación de riesgos, por ejemplo:

- examinar las tareas que verdaderamente se realizan y el contexto de trabajo real;
- no formarse juicios gratuitos sobre la exposición basados en la mera descripción del trabajo o en el cargo;
- ser cautos con respecto al sesgo de género a la hora de dar prioridad a los riesgos, clasificándolos en altos, medios o bajos;
- hacer partícipes a las trabajadoras en la evaluación de riesgos; estudiar la posibilidad de recurrir a círculos de salud y métodos de identificación de riesgos —la ergonomía participativa y las intervenciones contra el estrés pueden ofrecer algunos métodos—;
- asegurarse de que quienes realizan las evaluaciones disponen de suficiente información y formación en cuestiones de género relacionados con la SST.

- garantizar que los instrumentos y herramientas empleados en la evaluación incluyen asuntos relevantes tanto para los hombres como para las mujeres que trabajan; en caso de que no los incluyan, adaptarlos;
- si se recurre a asesores externos, comunicarles que deberán adoptar un enfoque sensible a los géneros para la evaluación de riesgos, y comprobar que son capaces de hacerlo;
- prestar atención a las cuestiones de género cuando se tenga previsto introducir cambios en el lugar de trabajo y se examinen sus implicaciones para la SST.

Por ejemplo, incluir en el estrés:

- interfaz entre el hogar y el trabajo, y horarios laborales de hombres y mujeres,
- carrera profesional,
- acoso,
- factores de estrés emocional,
- interrupciones no previstas y la obligación de realizar «varias tareas simultáneamente».

Por ejemplo, en relación con la salud reproductiva:

- incluir los riesgos para la salud reproductiva de hombres y mujeres;
- examinar todos los ámbitos de la salud reproductiva, no solo el embarazo.

Por ejemplo, en relación con los trastornos musculoesqueléticos:

- examinar de forma crítica el «trabajo ligero»; ¿cuánto esfuerzo muscular estático implica?; ¿el trabajo implica pasar muchas horas de pie?; ¿qué cargas se manejan realmente en la práctica?; ¿con qué frecuencia?

Aplicación de soluciones, por ejemplo:

- eliminar los riesgos en su origen, proporcionando un entorno de trabajo seguro y saludable a todos los trabajadores —esto incluye los riesgos para la salud reproductiva—;
- prestar atención a grupos de población diversos y adaptar el trabajo y las medidas preventivas a los trabajadores: por ejemplo, seleccionar el equipo de protección de acuerdo con las necesidades individuales, adecuado para mujeres y para hombres de medidas «no estándar»;

- hacer partícipes a las trabajadoras en la toma de decisiones y en la aplicación de soluciones;
- garantizar que los trabajadores —mujeres y hombres— reciben información y formación en materia de SST pertinente para las tareas que desempeñan y para sus condiciones de trabajo y sus efectos sobre la salud;
- garantizar la inclusión de los trabajadores a tiempo parcial, temporales y contratados por empresas de trabajo temporal.

Control y análisis, por ejemplo:

- garantizar que las trabajadoras participan en los procesos de control y análisis;
- conocer la nueva información disponible sobre aspectos de la salud laboral relacionada con el género.

La vigilancia de la salud puede ser parte de la evaluación y del control de los riesgos:

- incluir la vigilancia pertinente de los trabajos de hombres y mujeres;
- evitar hacerse ideas preconcebidas —por ejemplo basadas en el cargo— sobre a quién se debe incluir en las actividades de control.

Los registros de accidentes son importantes para la evaluación y el control de riesgos:

- fomentar el registro de aspectos relativos a la salud laboral y de accidentes.

Medidas generales

- Revisar las políticas de seguridad. Incluir específicamente el compromiso con la integración, así como objetivos y procedimientos pertinentes.
- Intentar garantizar que los servicios de salud laboral internos y externos a los que se recurre adopten un enfoque sensible al género.
- Ofrecer información y formación relevante sobre cuestiones de género en relación con los riesgos para la seguridad y la salud a los asesores, gestores y supervisores de riesgos, representantes sindicales, comités de seguridad, etcétera.
- Vincular la seguridad y la salud laborales con cualquier medida por la igualdad adoptada en el trabajo, incluidos los planes de igualdad.
- Estudiar modos de aumentar la participación de las mujeres en los comités de seguridad; por ejemplo, ¿las reuniones se celebran en horas en que las mujeres pueden asistir?

8.



RECOMENDACIONES

Puntos fundamentales

1. **Dar prioridad a la prevención.** Es necesario realizar constantes esfuerzos para mejorar las condiciones laborales y la organización del trabajo, al objeto de que se adapten mejor tanto a mujeres como a hombres.
2. **Promover y facilitar un enfoque sensible al género.** La sensibilidad con respecto al género es necesaria en la investigación, la política y la prevención, con el fin de garantizar una prevención eficaz y evitar los sesgos de género en la seguridad y la salud en el trabajo (SST). Convendría integrar sistemáticamente la perspectiva de género en las actividades de inspección laboral, la legislación y el asesoramiento, así como en la evaluación y la prevención de riesgos. Los médicos de salud laboral, las enfermeras y otros expertos—como los ingenieros de seguridad y los fisioterapeutas— deben recibir más formación sobre estas cuestiones. Hay que ser conscientes a todos los niveles de la necesidad de adoptar un enfoque sensible al género y de contar con apoyo en este ámbito. Es necesario compartir los enfoques y experiencias existentes, así como establecer un amplio marco que sirva de orientación a la hora de integrar el género en las políticas y prácticas de SST. El presente informe y los modelos que en él se presentan podrían utilizarse como punto de partida para posteriores debates y actividades.
3. **Tener en cuenta todos los riesgos.** Se ha prestado menos atención a algunos de los riesgos a los que están expuestas las mujeres, como el trabajo de pie y las cuestiones de la salud reproductiva distintas del embarazo. Es necesario seguir investigando en estos ámbitos olvidados, que deberían incluirse en las actividades de evaluación y prevención. Convendría adoptar un enfoque holístico de la SST que reconozca y tenga en cuenta aspectos tales como el conflicto entre el trabajo y la vida familiar, el acoso y la discriminación.
4. **Tener en cuenta las situaciones reales de trabajo.** Las diferencias de género en las exposiciones a los peligros debidas a la segregación de género en el mercado laboral tienen un fuerte impacto sobre las diferencias de género en las consecuencias para la salud laboral. Las causas de origen laboral y los requisitos de prevención, incluso para los trastornos de las extremidades superiores y el estrés, están bien documentados. Sin embargo, es fundamental examinar las tareas verdaderamente ejercidas y el contexto de trabajo real para el éxito de la prevención y para las actividades de investigación y control.

General

1. Fomentar políticas que favorezcan el equilibrio entre trabajo y vida familiar.

Las mujeres suelen ocuparse de gran parte de las tareas domésticas y responsabilidades familiares. Muchas mujeres de mayor edad tienen familiares mayores a su cargo. Un mayor apoyo social a los trabajadores con personas a su cargo beneficiaría especialmente a las mujeres, aunque una distribución más equitativa de las responsabilidades domésticas puede ser algo positivo para hombres y mujeres. Los hombres suelen trabajar más horas y, en este caso, cualquier horario de trabajo fuera de lo común o irregular influye en buena medida en la incompatibilidad entre el trabajo y la vida familiar. Gran parte de los que trabajan muchas horas desearían reducir su jornada laboral, y muchos de los que trabajan menos horas desearían poder aumentar el número de horas trabajadas. Deberían aplicarse políticas que fomenten el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, y que incluyan elementos favorables para la familia —horarios adecuados y flexibilidad— en los lugares de trabajo, al objeto de beneficiar tanto a mujeres como a hombres; dichas políticas deberían tener en cuenta los horarios de ambos sexos, diseñándolos de forma que resulten atractivos para ambos. Es necesario aumentar el intercambio de buenas prácticas y de proyectos de investigación de intervención en los lugares de trabajo, en relación con el equilibrio entre trabajo y vida familiar, las estrategias favorables para la familia, los horarios flexibles, el reparto de tareas, etc.

2. Prestar atención a grupos específicos de trabajadoras.

Las mujeres trabajadoras no conforman un grupo homogéneo, al igual que, por ejemplo, los trabajadores de mayor edad o los trabajadores varones. Se debería prestar más atención a la situación laboral y a

las necesidades de seguridad y salud laborales de las mujeres que desempeñan trabajos no tradicionales, las trabajadoras jóvenes y de mayor edad, las trabajadoras del sexo y otros grupos vulnerables.

3. Fomentar la cooperación interdisciplinaria.

La naturaleza multifactorial de las diferencias de género en la seguridad y la salud laborales exige una cooperación activa entre los distintos ámbitos políticos, de investigación, educación e información. Es necesario buscar formas de promover esta cooperación y compartir las buenas prácticas.

4. Integrar la seguridad y la salud laborales en los programas de trabajo en materia de igualdad a todos los niveles.

Por ejemplo, incluyendo la seguridad y la salud laborales en todos los programas de trabajo en materia de igualdad o incorporando la SST en los planes de igualdad de los lugares de trabajo.

5. Reducir la discriminación y mejorar la calidad del empleo femenino.

Estas importantes cuestiones no se abordan en el presente informe. En cuanto a las estrategias de mejora en este ámbito —como las disposiciones dirigidas a facilitar el acceso de las mujeres al trabajo, a reducir la segregación por sexos y a disminuir la discriminación salarial—, véase, por ejemplo, el anexo 14, tomado de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c).

6. Mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a la seguridad y la salud laborales.

Las mujeres deberían estar representadas y participar directamente en la toma de decisiones relativas a la seguridad y la salud laborales. Los propios puntos de vista de las mujeres, sus experiencias, conocimientos y aptitudes deberían reflejarse en la formulación y aplicación de

estrategias de fomento de la salud en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Se deberían buscar los medios adecuados para conseguir este objetivo e intercambiar las buenas prácticas existentes.

Investigación y control de la SST

1. Basar la evaluación de la exposición en los trabajos realmente ejercidos por los trabajadores.

La evaluación de la exposición debe mejorarse y no debe basarse en el cargo desempeñado, sino en la situación de trabajo real y las tareas que desempeñan las personas. Deberían incluirse posibles efectos sinérgicos y acumulativos de los productos químicos entre sí y con otros peligros.

2. Evaluar las investigaciones epidemiológicas con el objetivo de eliminar sesgos.

Los estudios de investigación epidemiológicos deberían evaluarse de forma crítica para detectar cualquier tipo de sesgo sistemático en el modo en que se llevan a cabo las investigaciones sobre la seguridad y la salud en el trabajo de las mujeres.

3. Incluir de forma rutinaria y sistemática la dimensión de género en la recopilación de datos y el control estadístico.

Esto incluye la recopilación de datos nacionales sobre accidentes, enfermedades y problemas de salud de ámbito laboral notificables, así como el registro de datos relativos a indemnizaciones. Los análisis de género de la información recopilada por Eurostat y obtenida de las encuestas europeas sobre condiciones de trabajo, por ejemplo, son muy útiles. Sin embargo, es importante considerar si la información recabada y los indicadores disponibles son adecuados para determinar las características particulares del trabajo de las mujeres. Deberían aplicarse las recomendaciones resultantes de los análisis de género de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo relativas a las modifica-

ciones de la encuesta. Hay que seguir desarrollando los datos estadísticos de los Estados miembros relativos a la seguridad y salud laborales teniendo en cuenta el género, con el fin de ofrecer más información en general y sobre las diferencias entre Estados miembros. La calidad de las estadísticas por género sobre las consecuencias para la seguridad y la salud en el trabajo puede mejorarse si se tiene en cuenta el número de horas trabajadas y la división en profesiones y sectores. Cuanto más se aproxime este desglose a las tareas realmente ejercidas, mucho mejor. Deberían investigarse medios prácticos que permitan mejorar la calidad de las estadísticas por género relativas a la seguridad y la salud en el trabajo.

4. Seguir investigando y comparando las diferencias entre Estados miembros.

Son necesarias ulteriores investigaciones de las diferencias de género en las condiciones de trabajo y en las consecuencias laborales en cada uno de los Estados miembros, al objeto de comparar si existen diferencias entre Estados, especialmente en los que falta información, y, en su caso, averiguar cuál es el motivo de dichas diferencias.

5. Recopilar información de los países candidatos.

Existen diferencias en cuanto al género y las condiciones de trabajo entre los países candidatos y los Estados miembros, así como entre los distintos países candidatos. Convendría examinar con más detalle las políticas y prácticas de los países candidatos.

6. Corregir el desequilibrio de género en los programas de investigación.

Las investigaciones han prestado menos atención a los riesgos laborales de las mujeres y a los trabajos tradicionalmente femeninos. En la medida de lo necesario, los programas de investigación en materia de SST deberían incluir de forma específica cuestiones perti-

nentes para las mujeres y sus lugares de trabajo. Es preciso seguir efectuando estudios de intervención sobre la prevención de los riesgos laborales para las mujeres y la integración del género en las actividades de prevención.

7. Evaluar el impacto de los cambios del mundo del trabajo sobre el género y la seguridad y la salud laborales.

Los cambios en el mundo del trabajo inciden en la seguridad y la salud laborales. Un ejemplo reciente ha sido la aparición del teletrabajo. Es necesario evaluar los cambios que afectan a la seguridad y la salud laborales, y esto debería incluir una evaluación de género.

Elaboración de políticas

1. Integrar la perspectiva de género en la estrategia de seguridad y salud en el trabajo.

La perspectiva de género debería integrarse en todos los ámbitos de la seguridad y la salud laborales, a nivel nacional y comunitario, tal como establece la estrategia comunitaria para 2002-2006. El elemento de género debería estar bien definido y ser transparente; asimismo, convendría crear un amplio marco que sirva de orientación para la integración de la perspectiva de género en los programas, políticas y prácticas de seguridad y salud laborales. La Comisión y el Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud podrían brindar su apoyo a este elemento de la estrategia, por ejemplo abordando de forma específica la cuestión del género en sus actividades actuales sobre trastornos musculoesqueléticos, violencia en el trabajo y hospitales, ya que se trata de importantes riesgos y ámbitos de trabajo para muchas trabajadoras, así como en actividades sobre enfermedades laborales. También deberían evaluar la necesidad de crear un grupo específico del Comité sobre la integración de la perspectiva de género

en la SST. Los Estados miembros también deberían examinar qué medidas prácticas pueden adoptar para integrar las cuestiones de género en sus actividades sobre seguridad y salud laborales, así como intercambiar las experiencias y prácticas existentes en este ámbito.

2. Aplicar las evaluaciones de impacto en función del género como herramienta de integración.

De conformidad con la estrategia de la Unión Europea para la promoción de la igualdad, las evaluaciones de impacto en función del género deberían llevarse a cabo una vez revisadas las actuales directivas, directrices, políticas y acciones de la Unión sobre seguridad y salud laborales o una vez que se hayan elaborado otras nuevas. Se debería incluir la prevención, la normalización y las indemnizaciones, así como la recopilación de información y el acceso a servicios y recursos en materia de SST.

3. Tener en cuenta el género y las condiciones de trabajo a la hora de establecer normas.

La seguridad y la salud de las mujeres pueden gozar de menor protección que las de los hombres, puesto que muchas de las normas sobre seguridad y salud laborales y los límites de exposición a sustancias peligrosas se han basado en poblaciones masculinas y en pruebas de laboratorio diseñadas para hombres. Los procesos de normalización europea e internacional deberían tener en cuenta los datos relativos a ambos sexos y las diferencias de género en las condiciones de trabajo.

4. Integrar las cuestiones de género relativas a la SST en otros ámbitos políticos.

Las cuestiones de género relativas a la SST deberían integrarse en otros ámbitos políticos, tales como la política sanitaria o medidas de responsabilidad social de las empresas, por ejemplo.

Sensibilización y buenas prácticas de prevención

1. Mejorar la sensibilidad con respecto al género en la aplicación de las directivas existentes, etc. Los requisitos más generales de la evaluación y prevención de riesgos en las directivas y directrices europeas sobre seguridad y salud laborales neutras con respecto al género no excluyen la posibilidad de aplicarlas adoptando un enfoque más sensible al género. Sin embargo, es necesario establecer métodos de aplicación más sensibles al género. A tal fin, se podría incorporar información en las directrices o códigos de prácticas que la Comisión y los Estados miembros elaboran en apoyo de la aplicación de la legislación, así como ofrecer asesoramiento, formación e información específicos a los inspectores de trabajo. Los interlocutores sociales desempeñan un papel importante, por ejemplo, a la hora de elaborar directrices. Las distintas partes implicadas en la seguridad y salud laborales necesitan infor-

mación y formación sobre las condiciones de trabajo de las mujeres.

2. Investigar y compartir buenas prácticas.

Este informe proporciona algunos ejemplos de enfoques y prácticas de los Estados miembros y de otras fuentes. Convendría recopilar y compartir más ejemplos de políticas, programas y buenas prácticas de los lugares de trabajo de todos los Estados miembros.

3. Promover y sensibilizar sobre las buenas prácticas y métodos para incluir el género en la evaluación de riesgos e involucrar a las trabajadoras.

Es necesario promover activamente un enfoque sensible al género en relación con la evaluación de riesgos en el trabajo. Para ello, se requiere sensibilización y formación, respaldadas por información adecuada sobre el lugar de trabajo. La Comisión; el Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud; los Estados miembros, y los interlocutores sociales deberían estudiar la manera de aplicar esta recomendación.

9.



GLOSARIO

Sexo y género

Las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres son de carácter biológico y social:

Sexo es una palabra que hace referencia a las características biológicas que distinguen al hombre y la mujer, que son universales.

Género es un concepto que hace referencia a las diferencias sociales entre mujeres y hombres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

Ejemplo: mientras que solo las mujeres pueden dar a luz (diferencia determinada biológicamente), la biología no dicta quién cuidará a los niños (comportamiento sociológicamente determinado).

Fuente de la definición: Comisión Europea (sin fecha), «Guía para la evaluación del impacto en función del género».

Igualdad de género.

Igualdad entre mujeres y hombres

1. La igualdad de género significa que todos los seres humanos son libres de desarrollar sus capacidades personales y de tomar decisiones, sin las limitaciones impuestas por los estrictos roles tradicionales, y en la que se tienen en cuenta, valoran y potencian por igual las distintas conductas, aspiraciones y necesidades de hombres y mujeres. La igualdad formal (*de jure*) no es sino una primera etapa hacia la igualdad real (*de facto*). Un trato desigual y ciertas medidas incentivadoras (acciones positivas) pueden ser necesarios para compensar discriminaciones pasadas y presentes. Las diferencias entre hombres y mujeres pueden verse influidas por otras diferencias estructurales, como la raza, la pertenencia étnica y la clase social. Estas dimensiones (y otras como la edad, la discapacidad, el estado civil o la orientación sexual) pueden también ser útiles.

Fuente de la definición: Comisión Europea (sin fecha), «Guía para la evaluación del impacto en función del género».

2. Ausencia de discriminación por razón de sexo en cuanto a las oportunidades y la asignación de recursos o prestaciones o el acceso a servicios.

Fuente de la definición: OMS (1998), *Gender and health technical paper*.

Insensibilidad o neutralidad con respecto al género

Falta de reconocimiento del hecho de que el género influye de forma decisiva en los resultados sociales.

Fuente de la definición: OMS (1998), *Gender and health technical paper*.

Sensibilidad con respecto al género

Capacidad para percibir las diferencias, las cuestiones y las desigualdades existentes en función del género y para incorporarlas a estrategias y acciones.

Fuente de la definición: OMS (1998), *Gender and health technical paper*.

Evaluación del impacto en función del género. Análisis en función del género

1. Evaluar el impacto en función del género significa comparar y apreciar, en función de criterios pertinentes con respecto al género, la situación y la tendencia actual con la evolución que cabría esperar como resultado de la introducción de la política propuesta.

Fuente de la definición: Comisión Europea (sin fecha), «Guía para la evaluación del impacto en función del género».

2. El análisis en función del género examina las diferencias y las disparidades en las funciones que desempeñan las mujeres y los hombres, los desequilibrios de poder en sus relaciones, sus necesidades, limitaciones y oportunidades, así como el impacto de estas diferencias en su vida. En cuanto a la salud, el análisis en función del género examina el modo en que estas diferencias determinan la exposición diferencial a los riesgos, el acceso a las ventajas de la tecnología, la información, los recursos y la asistencia sanitaria, así

como el cumplimiento de los derechos. El análisis en función del género debe realizarse en todas las fases de una intervención, desde el establecimiento de prioridades y la recopilación de datos hasta el diseño, ejecución y evaluación de políticas o programas.

Fuente de la definición: OMS (1998), *Gender and health technical paper*.

Transversalidad. Integración de la igualdad de género

1. En la Comunicación de la Comisión sobre la integración de la igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias [COM(96) 67] se afirma que «no basta con aplicar medidas positivas centradas en las mujeres, sino más bien recurrir a todas las políticas y medidas generales con el fin específico de lograr la igualdad». La dimensión de la igualdad y la dimensión del género deben tenerse en cuenta en todas las acciones y actividades, en las fases de planificación, aplicación, control y evaluación.

Fuente de la definición: Comisión Europea (sin fecha), «Guía para la evaluación del impacto en función del género».

2. La integración de las cuestiones de género en los análisis, la formación y el control de políticas, programas y proyectos es fundamental para garantizar la reducción de las desigualdades entre mujeres y hombres.

Fuente de la definición: OMS (1998), *Gender and health technical paper*.

Transversalidad. Integración de la seguridad y la salud en el trabajo

La integración tiene por objeto que los principios de gestión de riesgos y la «mentalidad SST» sean parte integrante del proceso de toma

de decisiones y adopción de medidas en el lugar de trabajo, de forma que la salud y la seguridad no se limiten a ser un mero «apéndice».

Fuente de la definición: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, «Forum 8: La enseñanza en materia de salud y seguridad en el trabajo» (2002g).

Planes de igualdad

Planes diseñados por la dirección para incorporar una perspectiva y un programa de igualdad en todas las políticas de la empresa.

Fuente de la definición: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c).

10.



REFERENCIAS

ACTU (2003): *National survey of workplace issues 2002*, Australian Council of Trade Unions, Melbourne (http://www.actu.asn.au/public/news/1043965764_16041.html).

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2001a): *How to reduce workplace accidents*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2001b): *Health and safety campaigning: getting the message across*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2001c): «Prevención de resbalones, tropiezos y caídas en el trabajo», *Facts sheet 14*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002a): *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002b): *Preventing psychosocial risks and stress at work in practice*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002c): «La violencia en el trabajo», *Facts sheet 24*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002d): «Acoso moral en el trabajo», *Facts sheet 23*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002e): «Trabajemos contra el estrés», *Magazine 5*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002f): «El cambiante mundo del trabajo», *Forum 5*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2002g): «La enseñanza en materia de salud y seguridad en el trabajo», *Forum 8*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003a), *La promoción de la seguridad y la salud en las pequeñas y medianas empresas (PYME) europeas: Plan de financiación para las PYME 2001-2002*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (http://osha.europa.eu/publications/reports/105/2002-2015_sme_es_es.pdf)

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003b): *SME funding scheme 2002: summary of awarded projects* (http://agency.osha.eu.int/sme/index_en.htm).

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003c): *Improving occupational safety and health in SMEs: examples of effective assistance*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Ahjo (2002): «Uudenkaupungin autotehtaalle tasa-arvopalkinto» («Uusikaupunki car factory wins equality award»), *Ahjo* n° 21/2002, Helsinki (<http://www.metalliliitto.fi/21-02tasapalk.htm>).

Akyearmpong, E. B. (1992): «L'absentéisme», *Tendances Sociales Canadiennes* 25, pp. 25-28.

Albarracín, D. (2002): *El sector de servicio doméstico: mujer e inmigración*, Fundació CIREM, Observatorio Europeo de Relaciones Industriales (EIRO) (2002) (página web) (<http://www.eiro.eufound.ie/2002/05/word/es0205206fes.doc>), Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

Alterman, T., Shekelle, R. B., Vernon, S. W., y Burau, K. D. (1994): «Decision latitude, psychological demand, job strain and coronary heart disease in the western electric study», *American Journal of Epidemiology* 139(6), pp. 620-627.

American Psychological Association (1996): «Research agenda for psychosocial and behavioural factors in women's health», American Psychological Association, Recommendations.

Ammattitaudit 2000: «Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset» (Occupational diseases 2000. «Reported new cases of occupational diseases»), Työterveyslaitos, Helsinki, 2001.

Ammattitaudit 2001: «Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset» (Occupational diseases 2001. «Reported new cases of occupational diseases»), Työterveyslaitos, Helsinki, 2002.

Andersen, A., Barlow, L., Engeland, A., Kjærheim, K., Lynge, E., y Pukkala, E. (1999): «Work-related cancer in the Nordic countries», *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 25, suplemento 2, pp. 1-116.

Anderson, B., y Phizacklea, A. (1997): *Migrant domestic workers. A European perspective*, Informe de la Unidad de Igualdad de Oportunidades, Dirección General V, Comisión Europea.

AOK Bayern (2002): *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern*.

Ariëns, G. A. M., Bongers, P. M., Douwes, M., Miedema, M. C., Hoogendoorn, M. E., Wal, G., van der Bouter, L. M., y van Mechelen, W. (2001): «Are neck flexion, neck rotation and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study in an occupational setting», *Occupational and Environmental Medicine* 58, pp. 200-207.

Aronsson, G., y Gustafsson, K. (2002): «Semester — Forfarande en arbetarskyddsfråga? En empirisk studie av semester och återhämtning» («Vacation — Still a question of occupational safety? An empirical study of vacation and return to work»), *Arbetsmarknad and Arbetsliv*, 8, n° 2, verano de 2002.

Artazcoz, L./Institut Municipal de Salut Pública (2001): «Housework, paid work and women's health», presentado en «A seminar on the gen-

der dimension in health and safety», 16 de noviembre, Presidencia belga de la Unión Europea/Ministerio Federal de Trabajo y Empleo, Unidad de Igualdad de Oportunidades y TUTB, Bruselas.

Atkinson, J. (2000): *Employment options and labour market participation*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Autio, L., Heloma, A., Taskinen, K., y Reijula, K. (2001): «Ravintolatyöntekijöiden tupakointi ja tupakansavu-altistus — Toteutuuko tupakkalaki?» («Restaurant employees» smoking and their exposure to cigarette smoke — Does the antismoking law go ahead?»), *LSS* 2001 56, pp. 5289-5292.

Auvinen, A., Hietanen, M., Luukkonen, R., y Koskela, R.-S. (2002): «Brain tumours and salivary gland cancers among cellular telephone users», *Epidemiology* 13(3), pp. 356-359.

Axelsson, A., y Prasher, D. (2000): «Tinnitus induced by occupational and leisure noise», *Noise and Health* 8, pp. 47-54.

Axelsson, G., Ahlborg, G., y Bodin, L. (1996): «Shift work, nitrous oxide exposure and spontaneous abortion among Swedish midwives», *Occupational and Environmental Medicine* 53, pp. 374-378.

Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., y Dowrick, C. (2001): «Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN (European Outcome of Depression International Network) study 2001», *British Journal of Psychiatry* 179, pp. 308-316.

Baird, D. D., y Strassmann, B. I. (2000): «Women's fecundability and factors affecting it», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and Health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokio.

Bakker, A., Schaufeli, W. B., y van Dierendonck, D. (2000): «Burnout: prevalence, risk groups and risk factors», en Houtman, I., Schaufeli, W. B., y Taris, T. (eds.), *Mental fatigue and work* (en neerlandés), Samsom, Alphen a/d Rijn, pp. 65-82.

Ballard, T., Corradi, L., Lauria, L., Mazzanti, C., Sgorbissa, F., y Romito, P. (2002a): «Flight attendants talk about work, family and health: generating hypotheses from qualitative research», Workshop TuW15, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Ballard, T., Lagorio, S., De Santis, M., De Angelis, G., Santaquilani, M., Caldora, M., y Verdecchia, A. (2002b): «A retrospective cohort mortality study of Italian commercial airline cockpit crew and cabin attendants 1965-96», *International Journal of Occupational Environmental Health* 8(2), pp. 87-96.

Barnett, R. C., y Goreis, K. C. (2000): «Reduced hours, job role quality and life satisfaction among married women physicians with children», *Psychology and Women Quarterly* 24, pp. 358-364.

Barrenäs, M. (1998): «Pigmentation and noise-induced hearing loss: Is the relationship between pigmentation and noise-induced hearing loss due to an ototoxic pheolaminin interaction or to otoprotective eumelan effects. Advances in noise research», en Prasher, D., y Luxon, L. (eds.), *Biological effects of noise*, volumen 1, Whurr Publishers Ltd, Londres, pp. 59-70.

Barros Duarte, C., Ramos, S., y Lacomblez, M. (2002): «From work to occupational health: working conditions' analysis in the textile and clothing sector — The particularity of women's work», Workshop TuW09:2, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — Illrd international*

congress — *Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Baruch, G. K., Biener, L., y Barnett, R. C. (1987): «Women and gender in research on work and family stress», *American Psychologist* 42, pp. 130-136.

Bastian, R. W., y Thomas, M. D. (2000): *Talkativeness and vocal loudness: Do they correlate with laryngeal pathology? — A study of the vocal overdoer/underdoer continuum*, Voice Foundation meeting, Filadelfia, PA 6/30/00, Voicedoctor.net (<http://www.voicedoctor.net/physician/article/talk/abstract.html>).

Batra, P. (2002): «Aspects of gender relations in Greek industry», Workshop TuW09:4, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — IIIrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Benach, J., Gimeno, D., y Benavides, F. G. (2002): *Types of employment and health in the European Union*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Benschop, Y., y Doorewaard, H. (1996): «Lood om oud ijzer. De gendersubtekst van tayloristische en sociotechnische organisaties» («Six of one and half a dozen of the other. The gender subtext of Tayloristic and sociotechnical organisations»), *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 12(3), pp. 238-250.

Bercusson, B., y Dickens, L. (1996): *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 1: Defining the issues*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Bercusson, B., y Weiler, A. (1999): *Equal opportunities and collective bargaining in Europe*.

Part 3: Analysis of agreements, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Berger, E., Royster, L., y Thomas, W. (1978): «Presumed noise-induced permanent threshold shift resulting from exposure to an A-weighted Leq of 89 dB», *Journal of the Acoustical Society of America* 64(1), pp. 192-197.

Bergman, B. P., y Miller, S. A. (2001): «Equal opportunities, equal risks? Overuse injuries in female military recruits», *Journal of Public Health Medicine* 23(1), pp. 35-39.

Bielenski, H., y Hartmann, J. (2000): *Combining family and work: the working arrangements of women and men*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Bielenski, H., Bosch, G., y Wagner, A. (2002): *Working time preferences in 16 European countries*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

BIFU [Banking, Insurance and Finance Union (actualmente, UniFI)]: *Occupational voice loss. A negotiator's guide*, Londres.

Bildt Thorbjörnsson, C., y Lindelöw, M. (1998): «Psychiatric ill health and conditions at work», en Kilbom, Å., Messing, K., y Bildt Thorbjörnsson, C. (eds.), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.) (2002): *Women, work and health — IIIrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo (<http://www.arbetslivsinstitutet.se/www/default.asp>).

- Bildt, C., y Michélsen, H. (2002): «Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a four-year follow-up», *International Archives of Occupational and Environmental Health* 75, pp. 252-258.
- Black, D. W., Doebbeling, B. N., Voelker, M. D., Clarke, W. R., Woolson, R. F., Barrett, D. H., y Schwartz, D. A. (2000): «Multiple chemical sensitivity syndrome: symptom prevalence and risk factors in a military population», *Archives of International Medicine* 160(8), pp. 1169-1176.
- Blair, A. (1998): «Occupational cancer among women, an overview», *Women's health, occupation, cancer and reproduction*, 14-16 de mayo, Reikiavik.
- Blatter, B. M., y Bongers, P. M. (2002): «Duration of computer use and mouse use in relation to musculoskeletal disorders of neck or upper limb», *International Journal of Industrial Ergonomics* 30, pp. 295-306.
- Bleijenbergh, I., de Bruijn, J., y Dickens, L. (1999): *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 5: Strengthening and mainstreaming equal opportunities through collective bargaining*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Bliksvær, T., y Helliesen, A. (1997): *Sickness absence. A study of 11 LES countries*, Luxemburgo income study, LES Working Paper 3, Luxemburgo (<http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf>).
- Boice, J. D., y McLaughlin, J. (2002): *Epidemiological studies of cellular telephones and cancer risk*, Statens strålskyddsinstitut, SSI Rapport 2002, p. 16.
- Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. J., y Hildebrandt, V. H. (1993): «Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19, pp. 297-312.
- Borg, A., Canlon, B., y Engström, B. (1992): «Individual variability of noise-induced hearing loss», en Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J., y Hamernik, R. P. (eds.), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, pp. 467-475.
- Borrás, J., Borrás, J. M., Galcerán, J., Sánchez, V., Moreno, V., y González, J. R. (2001): «Trends in smoking-related cancer incidence in Tarragona, Spain, 1980-96», *Cancer Causes Control* 12(10), pp. 903-908.
- Borrill, C., y Kidd, J. M. (1994): «New parents at work: jobs, families and the psychological contract», *British Journal of Guidance and Counselling* 22(2), pp. 219-231.
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. G., Brunner, E., y Stansfeld, A. (1997): «Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study», *British Medical Journal* 314, pp. 558-565.
- Boyd, C. (2002), «Customer violence and employee health and safety», *Work, Employment and Society* 16(01), pp. 151-170.
- Brisson, C., Laflamme, N., Moisan, J., Milot, A., Masse, B., y Vezina, M. (1999): «Effect of family responsibilities and job strain on ambulatory blood pressure among white-collar women», *Journal of the American Psychosomatic Society* 61(2), p. 205.
- Broberg, E. (2001): «Serious occupational accidents», en Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Suecia 2000*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.
- Buckle, P., y Devereux, J. (1999): *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Budig, J. M., y England, P. (2001): «The wage penalty for motherhood», *American Sociological Review* 66, pp. 204-225.

Bullinger, M., Morfeld, M., von Mackensen, S., y Brasche, S. (1999): «The sick-building syndrome — Do women suffer more?», *Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin*, 1999, agosto, 202 (2-4), pp. 235-241.

Bylund, S. H., Burström, L., y Knutsson, A. (2002): «A descriptive study of women injured by hand-arm vibration», *Annals of Occupational Hygiene* 46(3), pp. 299-307.

Bylund, S. H., y Burström, L. (2003): «Power absorption in women and men exposed to hand-arm vibration», *International Archives of Occupational and Environmental Health* 77.

Campo, P., y Lataye, P. R. (1992): «Intermittent noise and equal energy hypotheses», en Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J., y Hamernik, R. P. (eds.), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, pp. 456-466.

Cancedda, A. (2001): *Employment in household services*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Castells, M. (1996): «The rise of the network society. The information age», *Economy, society and culture*, volumen 1, Blackwell, Massachusetts, Oxford.

Cinbiose: «Improving the health of women in the workforce — Action plan developed by the meeting of Canadian researchers and representatives of women workers, 26 to 28 March 1998, at the Université du Québec à Montréal», Universidad de Quebec (<http://www.unites.uqam.ca/cinbiose/ANGLAIS/PUB/PUB.ACTIONPLAN.HTML>).

Clarke, S. (2001): «Earnings of men and women in the EU: the gap narrowing but only slow», Theme 3: Population and social conditions, Eurostat (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Cockburn, C. (1983): *Brothers. Male dominance and technological change*, Pluto Press, Londres.

Cockburn, C. (1986): *Machinery of dominance*, Pluto Press, Londres.

Comisión Europea (1991): Recomendación 92/131/CEE de la Comisión, de 27 de noviembre de 1991, relativa a la protección de la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo, DO L 49 de 24.2.1992, pp. 1-8, Luxemburgo.

Comisión Europea (1997): *Cooperación para una nueva organización del trabajo*, Libro Verde, Comisión Europea, Bruselas.

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (1998): *Sexual harassment at the workplace in the European Union*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Comisión Europea (1999): Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo titulada «Estrategia comunitaria en materia de alteradores endocrinos (sustancias de las que se sospecha interfieren en los sistemas hormonales de seres humanos y animales)», COM(1999) 706 final, de 17 de diciembre de 1999.

Comisión Europea (2000a): Comunicación de la Comisión sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE del Consejo), COM(2000) 466 final, de 5 de octubre de 2000.

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (2000b): *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Comisión Europea (2001): *Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*, Libro Verde, Comisión Europea, Bruselas.

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (2001): *Towards a Community strategy on gender equality (2001-05): equality between men and women*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales: *Social Agenda* nº 2, julio de 2002 (http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/keaf02002_en.pdf).

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (2002a): «Sexual harassment outlawed», *Social Agenda* nº 2, julio de 2002, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (2002b): «Dialogue between employers and unions enters a new phase», *Social Agenda* nº 3, 2002, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/keaf02003_en.pdf).

Comisión Europea (2002c): Comunicación de la Comisión titulada «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)», COM(2002) 118 final, de 11 de marzo de 2002.

Comisión Europea (2002d): Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.

Informe solicitado por el Consejo Europeo de Estocolmo: «Aumento de la tasa de población activa y fomento de la prolongación de la vida activa», COM(2002) 9 final, de 24 de enero de 2002 (http://ec.europa.eu/employment_social/news/2002/feb/com_2002_9_es.pdf).

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (página web) (a): «European campaign to raise awareness of violence against women» (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/violence_en.html).

Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (página web) (b): «Framework agreement on telework» (http://ec.europa.eu/employment_social/news/2002/jul/telework_en.pdf).

Comisión Europea (sin fecha): «Guía para la evaluación del impacto en función del género», Comisión Europea (página web) (http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_es.pdf).

Comisión Europea (página web): «Gender equality legislation» (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/rights_en.html#%20other).

Comisión Europea, Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (página web): «Statistics on gender issues — Gender segregation in the labour market» (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Comisión Europea, Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (página web): «Statistics on gender issues» (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Comisión Europea, Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (página web): «Statistics on gender issues — Part-time employment» (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Comisiones Obreras (CC.OO.) (2001): *Salud laboral: diferencia de género* (<http://www.fct.ccoo.es/pdf/mujer.pdf>), Federación de Comunicación y Transporte de Comisiones Obreras, Madrid.

Consejo Europeo (2000): Conclusiones de la Presidencia del Consejo. Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000; Comunicados de prensa, Consejo Europeo (página web) (<http://ue.eu.int/Newsroom/LoadDoc.asp?BID=76&DID=60917&from=LANG=1>).

Consejo Europeo (2002): Decisión 2002/177/CE del Consejo, de 18 de febrero de 2002, relativa a las directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros para el año 2002 (DO L 60 de 1.3.2002), Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, pp. 60-69.

Cooper, C. L. (1998): «The changing psychological contract at work», *Work and Stress* 12(2), pp. 97-100.

Cooper, C. L., Hoel, H., y Di Martino, V. (2003): *Preventing violence and harassment in the workplace*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Cooper, C. L., y Swanson, N. (2002): *Workplace violence in the health sector — State of the art*, OIT, OMS, ICN y PSI, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Cooper, G. S., Savitz, D. A., Millikan, R., y Chiu Kit, T. (2002): «Organochlorine exposure and age at natural menopause», *Epidemiology* 13(6), pp. 729-733.

Cortázar López, M., Kareaga Uriarte, G., Lansac Aquilué, M., Irusta Onandia, J. A., y Azuara Blanco, S. (2002): *Estudio de los trastornos de voz en docentes y auxiliares de educación especial de la enseñanza pública de Bizkaia*, Servicio

Médico de la Delegación de Educación de Bizkaia del Gobierno Vasco, Bilbao.

Cousins, C. (2000): «Women and employment in southern Europe: the implications of recent policy and labour market directions», *South European Society and Politics* 5(1) (verano de 2000), pp. 97-122.

Cox, T., Griffiths, A., y Rial-González, E. (2000): *Research on work-related stress*, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Cox, T., y Rial-González, E. (2002): «El estrés laboral: panorámica europea», en *Trabajemos contra el estrés*, Magazine 5 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Coyle, A. (1982): «Sex and skill in the organisation of the clothing industry», en West, J. (ed.), *Work, women and the labour market*, Routledge and Kegan Paul, Londres, pp.10-27.

Cuelenaere, B. (1997): *Going to work after long-term sick leave. A study about rehabilitation in men and women* (en neerlandés), Erasmus University, Róterdam.

Danish Agency for Trade and Industry: «Women entrepreneurs now and in the future» (<http://www.efs.dk/publikationer/rappporter/womenentr/kap01.html>).

Dassen, T. W. N., Nijhuis, F. J. N., y Philipsen, H. (1990): «Career prospects for male intensive care nurses» (en neerlandés), *Gedrag Organisatie* 1, pp. 32-47.

Daubas-Letourneux, V., y Thébaud-Mony, A. (2002): *Organización del trabajo y salud en la Unión Europea*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las

Comunidades Europeas, Luxemburgo (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0206ES.pdf>).

Davidson, M. J., Cooper, C. L., y Baldini, V. (1995): «Occupational stress in female and male graduate managers — A comparative study», *Stress Medicine* 11, pp. 157-175.

Davis, A., Smith, P., y Wade, A. (1998): *A longitudinal study of hearing — Effects of age, sex and noise*, Proceedings of Nordic Noise, 12-15 de marzo de 1998, Estocolmo.

Davis, S., Mirick, D. K., y Stevens, R. G. (2001): «Night shift work, light at night and risk of breast cancer», *Journal of the National Cancer Institute* 93(20), pp. 1557-1562.

De Lange, A., Kompier, M. A. J., de Jonge, J., Taris, T., y Houtman, I. (2001): «Hoogwaardig longitudinaal vragenlijstonderzoek en het demand-control-(support) model» («High-quality longitudinal survey research and the demand-control-(support)»), *Gedrag Organisatie* 14(5), pp. 254-272.

Devereux, J. (2000): «Estrés de origen laboral y TME: ¿existe algún vínculo?», en *Prevención de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral*, Magazine 3 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, p. 19 (http://osha.europa.eu/publications/magazine/3/mag3_es.pdf)

Dhondt, S., Goudswaard, A., y Knave, B. (2002): *Research on changing world of work*, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Di Martino, V. (2002): *Workplace violence in the health sector — Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study)*, Infor-

me de síntesis, OIT, OMS, CIE, ISP; Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Di Martino, V., Hoel, H., y Cooper, C. L. (2002): *Preventing violence and harassment in the workplace*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Diamantopoulou, A. (2002): «Europa bajo los efectos del estrés», en *Trabajemos contra el estrés*, Magazine 5 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, p. 3 (http://osha.europa.eu/publications/magazine/5/magazine5_es.pdf).

Dickens, L. (1998): *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 4: Illuminating the process*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Dijkers, F. G., y Nikkels, P. G. (1995): «Benign lesions of the vocal folds: histopathology and phonotrauma», *Annals of Otolaryngology and Rhinology* 104 (9 Pt 1), pp. 698-703.

Directiva 76/207/CEE del Consejo, de 9 de febrero de 1976, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo (DO L 39 de 14.2.1976, p. 40), derogada en 1994 e incorporada en DO L 1 de 3.1.1994, p. 484.

Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (DO L 183 de 29.6.1989, pp. 1-8).

Directiva 89/654/CEE del Consejo, de 30 de noviembre de 1989, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo (DO L 393 de 30.12.1989, pp. 1-12).

Directiva 89/655/CEE del Consejo, de 30 de noviembre de 1989, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de los equipos de trabajo (DO L 393 de 30.12.1989, pp. 13-17).

Directiva 89/656/CEE del Consejo, de 30 de noviembre de 1989, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de equipos de protección individual (DO L 393 de 30.12.1989, pp. 18-28).

Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (DO L 348 de 28.11.1992, pp. 1-8).

Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo (DO L 269 de 5.10.2002, pp. 15-20).

Douillet, P., y Aptel, M. (2001): «Prevención de los trastornos musculoesqueléticos: hacia un planteamiento global», en *Prevención de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral*, Magazine 3 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, pp. 4-6 (http://osha.europa.eu/publications/magazine/3/mag3_es.pdf).

Doyal, L. (2002): *The health and work of older women — A neglected issue*, Pennell Trust, Huddersfield (<http://www.helptheaged.org.uk/en-gb>).

Dreyer, L., Andersen, A., y Pukkala, E. (1997): «Occupation», *Acta Microbiologica et Immunologica Scandinavica* (APMIS), 1997, suplemento nº 76, vol. 105, «Avoidable cancers in the Nordic countries», pp. 68-79.

Dulk, L. den (2002): «Employers and the caring employee: how Dutch, Italian, British and Swedish organisations facilitate the combination of work and care» (en neerlandés), *Gedrag Organisatie* 15(4), pp. 225-239.

Dupré, D. (2001): «Work-related health problems in the EU 1998-99», *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 17/2001, Eurostat, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Dupré, D. (2002): «The health and safety of men and women at work», *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 4/2002, Eurostat, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Eklund, I., Englund, A., y Wikman, A. (2001): «Working conditions in Sweden and Europe», en Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Suecia 2000*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Ekstedt, E. (1999): «Forms of employment in a project-intensive economy», *American Journal of Industrial Medicine*, suplemento 1.

Ekstedt, E., Lundin, R. A., Soderholm, A., y Wirdenius, H. (1999): *Neo-industrial organising. Renewal by action and knowledge formation in a project-intensive economy*, Routledge, Londres y Nueva York.

End abuse, family violence prevention fund (<http://endabuse.org/programs/workplace/>).

Endometriosis.org (página web) (<http://www.endometriosis.org/>).

Environmental Law Centre: «Multiple chemical sensitivity (MCS) conference», Environmental Law Centre (página web) (<http://www.elc.org.uk/>).

Equality Authority, Dublín (Irlanda): «Equality in a diverse Ireland», Dublín (<http://www.equality.ie/>).

Estlander, T., y Jolanki, R. (2003): «Sukupuoli ja ammatti-ihotaudit» («Gender and occupational skin diseases»), en Luoto, R., Viisainen, K., y Kulmala, I. (eds.), *Sukupuoli ja terveys (Gender and health)*, Vastapaino.

Estola-Partanen, M. (2000): *Muscular tension and tinnitus. An experimental trial of trigger point injections on tinnitus*, Academic dissertation, University of Tampere, Medical School, Tampere University Hospital, Department of Otorhinolaryngology, Vammala, Vammalan Kirjapaino Oy (<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4972-X.pdf>).

European Heart Network (1998): *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention*, European Heart Network, Bruselas.

European Outcome of Depression International Network (página web) (<http://www.markwalton.net/links.asp>).

European Platform for Vocational Rehabilitation (2002): *Participation of women in vocational rehabilitation programmes: a comparative research*, Bruselas (http://www.epr.be/downloads/Women_finale.doc).

European Women's Lobby (2000): *Women's health*, European Women's Lobby, Bruselas (<http://www.womenlobby.org>).

European Women's Lobby (2002): *Strengthening the gender dimension in the new Community strategy on health and safety at work 2002-06*, European Women's Lobby, Bruselas (<http://www.womenlobby.org>).

Eurostat (2002a): «People in Europe», *Eurostat yearbook. The statistical guide to Europe — Data 1990-2000*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Eurostat (2002b): *The life of women and men in Europe: a statistical portrait — Data 1980-2000*, Comisión Europea, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Eurostat NewCronos: «Population and social conditions 1999», Tilastokeskus, Eurostat Data Shop, Helsinki.

Eurostat: «Population and social conditions 1999» en *Average EU woman earns a quarter less than a man*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

EWHNET (European Women's Health Network Working Group on Occupational Health) (2001): «Gender sensitivity in occupational health», presentado en «A seminar on the gender dimension in health and safety», 16 de noviembre, Presidencia belga de la Unión Europea/Ministerio Federal de Trabajo y Empleo, Unidad de Igualdad de Oportunidades, y TUTB, Bruselas.

Fagan, C., Warren, T., y McAllister, I. (2001): *Gender, employment and working time preferences in Europe*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Fagan, C., y Burchell, B. (2002): *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Federación Internacional de los Trabajadores del Transporte (2000), *ITF Women*, n° 2/2000, Londres.

Federación Internacional de los Trabajadores del Transporte (2002), *Women transporting the world: an ITF resource book for trade union negotiators in the transport sector*, Londres.

Fernández, M., Schwarz, G. E., y Bell, I. R. (1999): «Subjective ratings of odorants by women with chemical sensitivity», *Toxicology and Industrial Health* 15(6), pp. 577-581.

Figà-Talamanca, I. (1999): «Reproductive health and occupational hazards among women workers», en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, OMS, Ginebra.

Figà-Talamanca, I. (2000): «Reproductive problems among women healthcare workers: epidemiologic evidence and preventive strategies», *Epidemiologic Reviews* 22, pp. 249-260.

Figà-Talamanca, I. et al. (2000): «Stressful work conditions and menstrual dysfunctions among female hospital employees», *Journal of Healthcare Safety Compliance and Infection Control* 4, pp. 69-74.

FIOH: «Legal provisions on the protection of pregnant women at work», *Työterveys*, Newsletter del Finnish Institute of Occupational Health, número especial 2/1999.

Forastieri, V. (2000): *Safe work: information note on women workers and gender issues on occupational safety and health*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, pp. 1-15.

Forss, S., Karisalmi, S., y Tuuli, P. (2001): *Työyhteisö, jaksaminen ja eläkeajatuksset* («Workplace, resources and retirement thoughts»), *Työssäpysymiseen liittyvän tutkimusprojektin loppuraportti*. Eläketurvakeskus, Informe de 2001, Helsinki.

Franco, A., y Winqvist, K. (2002): «Women and men reconciling work and family life», *Statistics*

in Focus, Theme 3: Population and social conditions, 9/2002, Eurostat, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L., Hedman, M., Bergman-Losman, B., y Wallin, L. (1989): «Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers», *Journal of Organisational Behaviour* 10, pp. 321-346.

Fransson, S., Johansson, L., y Svenaeus, L. (2001): *Highlighting pay differentials between women and men*, Informe de la Presidencia sueca de la Unión Europea (página web) (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/documents/paydiff_en.pdf).

Fremont, J. (2001): «Agriculture in Europe: the spotlight on women», *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 7/2001, Eurostat, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo: «Full-time or part-time work: realities and options. Employment options of the future» (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0021EN.pdf>).

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002a): «Quality of work and employment in Europe. Issues and challenges», *Foundation Paper* n° 1, febrero de 2002, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (<http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/ef0212.htm>).

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002b): «Access to employment for vulnerable groups», *Foundation Paper* n° 2, junio de 2002, Oficina de Publicaciones Oficiales

de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (<http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/ef0244.htm>).

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c): «Quality of women's work and employment— Tools for change», *Foundation Paper* nº 3, diciembre de 2002, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (<http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/ef02110.htm>).

Galinsky, T., Waters, T., y Malit, B. (2001): «Overexertion injuries in home healthcare workers and the need for ergonomics», *Home Health Care Services Quarterly* 20(3), Haworth Press, Estados Unidos, pp. 57-73.

García, A., y Lega, H. (1999): «*The "second sex" of European trade unionism: research into women and decision-making in trade union organisations*», ETUC, Bruselas.

Gates, G. A., Couropmitree, N. N., y Meyers, R. H. (1999): «Genetic associations in age-related hearing thresholds», *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 125, pp. 654-659.

Geary, K. G., Irvine, D., y Croft, A. M. (2002): «Does military service damage females? An analysis of medical discharge data in the British armed forces», *Occupational Medicine* 52(2), pp. 85-90.

Giezen, A. van der (1998): *Women more often in the disability system?* (en neerlandés), Elsevier, La Haya.

Giezen, A. van der (2000): *Women, working conditions and disability* (en neerlandés), Amsterdam.

Gjesdal, S., y Bratberg, E. (2002): «The role of gender in long-term sickness and transition to permanent disability benefits. Results from a multi-register-based prospective study in Nor-

way 1990-95», *European Journal of Public Health* 12, pp. 180-186.

Glasgold, A., y Altmann, F. (1966): «The effect of stapes surgery on tinnitus in otosclerosis», *Laryngoscope* 76, pp. 1624-1632.

Glasgow Healthy City Project, Women's Health Working Group (1997): *Action for women's health. Making changes through organisations*, Glasgow Healthy City Project, Glasgow City Council, Glasgow.

Goldman, M., y Hatch, M. (eds.) (2000): *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Gonäs, L. (2002): «Gender segregation in the labour market», en Skiöld, L. (ed.), *Women and work — Seminar report*, Worklife and EU enlargement WLE report 4, Swedish National Labour Market Board (AMS) (<http://www.ams.se/wle/>).

Goudswaard, A., Houtman, I., Kraan, K., y van den Berg, R. (1999): *Working conditions of flexible workers and part-timers*, TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Goudswaard, A., y de Nanteuil, M. (2000): *Flexibility and working conditions. A qualitative and comparative study in seven EU Member States*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Goudswaard, A., André, J. C., Ekstedt, E., Huhtanen, P., Kuhn, K., Peirens, K., OpdeBeek, R., y Brown, R. (2002): *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Goudswaard, A., y Andries, F. (2002): *Employment status and working conditions*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Graham, P. J. (2000): «Improving access to occupational health services», *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the International Symposium, Helsinki, 3-5 de noviembre de 1999, pp.113-117.

Grönkvist, L., y Lagerlöf, E. (1999): «Work and health among European women», en Messing, K. (ed.), *Integrating gender in ergonomic analysis*, Trade Union Technical Bureau (TUTB), Bruselas.

Groth, M. V., Burr, H., y Guichard, A. (2000): *Køn, arbejdsmiljø og helbred. Arbejdsmiljø i Danmark 2000*, AMI, Arbejdsmiljøinstituttet.

Gründemann, R. W. M., y Van Vuuren, C. V. (1997): *Preventing absenteeism at the workplace — European research report*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Gump, B. B., y Matthews, K. A. (2000): «Are vacations good for your health? The nine-year mortality experience after the multiple risk factor intervention trial», *Psychosomatic Medicine* 62, pp. 608-612.

Hague, J., Oxborrow, L., y McAtamney, L. (2001): *Musculoskeletal disorders and work organisation in the European clothing industry*, Trade Union Technical Bureau (TUTB), Bruselas.

Hakanen, J. (1999): «Gender-related differences in burnout», *Työterveys*, Newsletter del Finnish Institute of Occupational Health, número especial 2/1999, FIOH, pp. 15-17.

Hakola, T. (2002): «Economic incentives and labour market transitions of the aged Finnish workforce», *Vatt-tutkimuksia* 89, Helsinki.

Hallberg, L. R., y Carlsson S. G. (1991): «A qualitative study of the strategies for managing a hearing impairment», *British Journal of Audiology* 25, pp. 201-211.

Hallberg, L. R., y Barrenäs, M. L. (1993): «Living with a male with noise-induced hearing loss: experiences from the perspective of the spouses», *British Journal of Audiology* 27, pp. 255-262.

Hallman, T., Burell, G., Setterlind, S., Oden, A., y Lisspers, J. (2001): «Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity», *Journal of Cardiovascular Risk* 8(1), pp. 39-49.

Hämäläinen, R.-M., Räsänen, K., Husman, K., y Westerholm, P. (2000): «Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in EU Member States, Norway and Switzerland», *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the International Symposium, Helsinki, 1999, pp. 129-133.

Hamelsky, S. W., Stewart, W. F., y Lipton, R. B. (2000): «Epidemiology of headache in women: emphasis on migraine», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.): *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Hansen, J. (2001): «Increased breast cancer risk among women who work predominantly at night», *Epidemiology* 12, pp. 74-77.

Hardell, L., Hallquist, A., Hansson Mild, K., Pahlson, A., y Lilja, A. (2002): «Cellular and cordless telephones and the risk of brain tumours», *European Journal of Cancer Prevention* 11(4), pp. 377-386.

Hardell, L., Näsman, A., Pahlson, A., Hallquist, A., y Hansson Mild, K. (1999): «Use of cellular telephones and the risk of brain tumours: a case-control study», *International Journal of Oncology* 15, pp. 113-116.

Harisinghani, A. (2000): «Voice problems: an occupational hazard for teachers», páginas Internet de Indianest en Boliji.com (<http://www.boloji.com/health/articles/01011.htm>).

Härmä, M., Kivistö, M., Kalimo, R., y Sallinen, M. (2002): «Työn vaatimukset, työajat ja uni tietotekniikan ammattilaisilla», *Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa* («Demands of work, working hours and sleep among the employees of the IT sector», *Change of work and welfare in the information society*), *Sitran raportteja* 22, Helsinki.

Harrison, D. A., y Shaffer, M. A. (1994): «Comparative examinations of self-reports and perceived absenteeism norms: wading through lake Wobegon», *Journal of Applied Psychology* 79(2), pp. 240-251.

Haslam, C., Brown, S., Hastings, S., y Haslam, R. (2003): *Effects of prescribed medication on performance in the working population*, Health and Safety Executive, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Hatch, M., Figà-Talamanca, I., y Salerno, S. (1999): «Work stress and menstrual patterns among American and Italian nurses», *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 25(2), pp. 144-150.

Health and Safety Agency (2001): *Dignity at work: the challenge of workplace bullying — Report of the Task Force on the Prevention of Bullying at Work*, The Stationery Office, Dublin.

Health and Safety Commission (1999): *Farmwise: your essential guide to health and safety in agriculture*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Health and Safety Commission, Health Services Advisory Committee (1998): *Manual handling in the health services*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Health and Safety Executive (1997): *Priorities for health and safety in catering activities*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido (<http://www.healthandsafety.co.uk/CateringSheetNo2.html>).

Health and Safety Executive (2000): *Key messages from the LFS for injury statistics: gender and age, job tenure and part-time working*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido (<http://www.hse.gov.uk/statistics/keyart.pdf>).

Health and Safety Executive (2002a): *Control of substances hazardous to health regulations 2002 (Fourth edition) — Approved code of practice and guidance L5*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Health and Safety Executive (2002b): *Preventing dermatitis at work: advice for employers and employees*, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Health and Safety Executive (2003a): «Preventing slip and trips in education», Press release, 10 de abril, Health and Safety Executive, Londres.

Health and Safety Executive (2003b): «Preventing slip and trip incidents in the education sector», Education information sheet nº 2, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Health and Safety Executive (2003c): *Caring for cleaners. Guidance and case studies on how to prevent musculoskeletal disorders*, HSG234, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

Hearn, J. (2001): «Men's violence to women, gendered power and «non-violent» institutions», *Gender and violence in the Nordic countries*, Informe sobre una conferencia en Koge, Dinamarca, 23 y 24 de noviembre.

HELA (Health and Safety Executive/Local Authorities Enforcement Liaison Committee) (2001): *Advice regarding call centre working*

practices, LAC94/1(rev) (página web) (<http://www.hse.gov.uk/lau/lacs/94-1.htm>).

Heller, M., y Bergman, M. (1953): «Tinnitus aurium in normally hearing persons», *Annals of Otolaryngology and Laryngology* 62, pp. 73-83.

Herbert, C. (1999): *Preventing sexual harassment at work*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Hétu, R., Jones, L., y Getty, L. (1993): «The impact of acquired hearing loss on intimate relationships: implications for rehabilitations», *Audiology* 32, pp. 363-381.

Hétu, R., Getty, L., y Hung, T. Q. (1995): «Impact of occupational hearing loss on the lives of the workers in occupational medicine», *State-of-the-Art Reviews* 10, Hanlay and Belfus Inc., Filadelfia, p. 3.

Hewlett, S. A. (2002): «Executive women and the myth of having it all», *Harvard Business Review* 80(4), pp. 66-73.

Hietanen, M., Hämmäläinen, A.-M., y Husman, T. (2002): «Hypersensitivity symptoms associated with exposure to cellular telephones: no causal link», *Bioelectromagnetics* 23, pp. 264-270.

Hochschild, A. R. (1983): *The managed heart. Commercialisation of human feeling*, Amazon, Estados Unidos.

Hochschild, A. R., y Machung, A. (1997): *The second shift. Working parents and the revolution at home*, Amazon, Estados Unidos.

Holt, V., y Jenkins, J. (2000): «Endometriosis», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Hoogendoorn, W. E., Poppel, M. N. M., van Bongers, P. M., Koes, B. W., y Bouter, L. M. (2000): «Systematic review of psychosocial fac-

tors at work and private life as risk factor for back pain», *Spine* 25, pp. 115-125.

House, J. W., y Brackmann, D. E. (1981): «Tinnitus: surgical treatment», CIBA Foundation symposium «Tinnitus», Londres, pp. 204-212.

Houtman, I., y Dhondt, S. (1994): *Weba and Nova-Weba in relation to health and well-being in employees* (en neerlandés), Leiden, NIPG.

Houtman, I., y Kompier, M. A. J. (1997): «Mental health», *Encyclopaedia for Occupational Health and Safety*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Houtman, I., y Kornitzer, M. (1999): «The job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study) — Design of a multicentre prospective study», *European Journal of Public Health* 9, pp. 52-57.

Houtman, I., Bosch, C. M., Jettinghoff, K., y van den Berg, R. (2000a): *Work stress in the police force* (en neerlandés), TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Houtman, I., Broersen, S., de Heus, P., Zuidhof, A., y Meijman, Th. (2000b): «The epidemiology of fatigue at work», en Houtman, I., Schaufeli, W. B., y Taris, T. (eds.), *Mental fatigue and work* (en neerlandés), Samsom Alphen a/d Rijn, pp. 37-64.

Houtman, I., y Van den Heuvel, F. (2001): *Coping capacity from women and men in relation to illness and absenteeism: a literature review* (en neerlandés), Elsevier, Doetinchem.

Houtman, I., Schoemaker, C. G., Blatter, B. M., de Vroome, E. M. M., van den Berg, R., y Bijl, R. V. (2002): *Psychological complaints, interventions and rehabilitation to work; the prognostic study of Invent* (en neerlandés), TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Humes, L. E. (1984): «Noise-induced hearing loss as influenced by other agents and by some physical characteristics of the individual», *Jour-*

nal of the Acoustical Society of America 76, pp. 1318-1329.

Hunter, S. J., Shaha, S., Flint, D., y Tracy, D. M. (1998): «Predicting return to work. A long-term follow-up study of railroad workers after low back injuries», *Spine* 21(21), pp. 2319-2328.

Hwang, P. (1999a): «Are there fathers at the workplace?», presentación en el seminario «European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture», Helsinki.

Hwang, P. (1999b): «Work and family — An analysis of company culture and fatherhood», presentación en el seminario «European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture», Helsinki.

IDICT (Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho): Campanhas, IDICT, Lisboa (<http://www.idict.gov.pt/>).

INAIL (2002): *Mujeres en el trabajo*, Roma (<http://www.inail.it/multilingua/spagnolo/pubblicazioni/donneallavoro/sommario.htm>).

InfoBASE Europe news service (página web): «Social partners framework agreement on teleworking», Europe Factsheet 38 (<http://www.ibeurope.com/Fact/38telework.htm>)

International Agency for Research on Cancer (IARC): (página web) (<http://www.iarc.fr/>).

ISO R 389 (1964): «Standard reference zero for the calibration of pure tone audiometers», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISO 1999 (1975): «Acoustics — Assessment of occupational noise exposure for hearing conservation purposes», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISO 4869-3 (1989): «Acoustics — Hearing protectors simplified method for the measurement of insertion loss of ear-muff type protectors for quality inspection purposes», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISO 1999 (1990): «Acoustics — Determination of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISO 4869-1 (1990): «Acoustics — Hearing protectors subjective method for the measurement of sound attenuation», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISO 9612-2 (1997): «Acoustics — Guidelines for the measurements and assessment of exposure to noise in the working environment», International Organisation for Standardisation, Ginebra.

ISPESL (Istituto Nazionale Italiano para la Prevenção y la Seguridad en el Trabajo) (2002): «Mainstreaming the gender dimension into legislation and preventive action», *Mainstreaming OSH into education*, Informe no publicado de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

Jaakkola, J. J. K., Verkasalo, P. A., y Jaakkola, N. (2000): «Plastic interior materials and respiratory health in pre-school children», *American Journal of Public Health* 90, pp. 797-799.

Johansen, C., Boice Jr, J. D., McLaughlin, J. K., y Olsen, J. H. (2001): «Cellular telephones and cancer — Nationwide cohort study in Denmark», *Journal of the National Cancer Institute* 93, pp. 203-207.

Johnson, J. V., Stewart, W., Hall, E. M., Fredlund, P., y Theorell, T. (1996): «Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men», *American Journal of Public Health* 86(3), pp. 324-331.

Jorna, A., y Offers, E. (1991): *Young women, their work, their future* (en neerlandés), VUGA, La Haya.

Kaksonen, R., Pyykkö, I., Rosenhall, U., Starck, J., Toppila, E., Kila, S., y Kere, J. (1998): «Is genetic hearing loss interactive with noiseinduced hearing loss? Advances in noise research», en Prasher, D., y Luxon, L. (eds.), *Biological effects of noise*, vol. 1, Whurr Publishers Ltd, Londres, pp. 59-70.

Kalimo, R., y Toppinen, S. (1997): *Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä (Workforce's burnout in Finland)*, Työterveyslaitos, Helsinki.

Kane, P. (ed.) (1999a): *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Kane, P. (1999b): «Migration, workforce and health», en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Karasek, R., y Theorell, T. (1990): *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, BasicBooks, Londres.

Karjalainen, A., Vänskä, J., y Notkola, V. (1999): «Koetut työperäiset sairaudet ja oireet («Occupational diseases and symptoms»), en Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet, työtapaturmat ja työväkivaltatapaukset (Dangers at work. Experienced occupational diseases, accidents and violence at work)*, Työmarkkinat, 2000, Helsinki.

Karjalainen, A., Kurppa, K., Martikainen, R., Klaukka, T., y Karjalainen, J. (2001): «Work is related to a substantial portion of adult-onset asthma incidence in the Finnish population», *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 164, pp. 565-568.

Karlqvist, L. (2000): «Investigating the gender gap», *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Kauppinen, K. (1993): «OCDE Panel Group on Women, Work and Health», Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Kauppinen, K., y Kandolin, I. (1998): *Gender and working conditions in the European Union*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Kauppinen, K., y Ojala, L. (1999): *Gender equality, work organisation and well-being: equality standards for a good workplace*, Finnish National Work Development Programme/Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999a): «The working conditions of men and women in the European Union», *Työterveiset*, Newsletter del Finnish Institute of Occupational Health, número especial 2/1999, FIOH, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999b): «Sexual harassment in the workplace», en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Kauppinen, K. (2001): «Gender and working conditions in the European Union», en Bildt, C., y Karlqvist, L. (eds.), *Women's conditions in working life, Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie 2001/17*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Kauppinen, K. (2003): *Sexual harassment at the workplace. Women's employment and gender equality in Europe*, proyecto Sócrates de la

Unión Europea (nº de contrato 71248-CP-2-2000-1-LT-Grundtvig-ADU).

Kauppinen, K., y Patoluoto, S. (en prensa): «Sexual harassment and violence towards police-women in Finland», en Gruber, J., y Morgan, P. (eds.): *In the company of men: rediscovering the links between male domination and sexual harassment*, Northeastern University Press.

Keith, M., Brophy, J., Kirby, P., y Roskam, E. (2002): *Barefoot research: a worker's manual for organising work security*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Keltikangas-Järvinen, L., y Ravaja, N. (2002): «Relationships between hostility and physiological coronary heart disease risk factors in young adults: moderating influence of perceived social support and sociability», *Psychology and Health* 17(2), pp. 173-190.

Kemmlert, K., y Lundholm, L. (2001): «Slips, trips and falls in different work groups — With reference to age and from a preventive perspective», *Applied Ergonomics* 32(2), pp. 149-153.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., y Kendler, K. S. (1994): «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey», *Archives of General Psychiatry* 51, pp. 8-19.

Kessler, R. C., y Frank, R. G. (1997): «The impact of psychiatric disorders on work loss days», *Psychological Medicine* 27, pp. 861-873.

Kinnunen, U., Sallinen, M., y Rönkä, A. (2001): «Vanhempien työ ja vanhemmuus nuoren kokemana: yhteydet nuoren hyvinvointiin» («Parents' work and parenthood seen by a young person: connections to a young person's well-being»), *Psykologia* 36(6), pp. 407-418.

Kinnunen, U. (2002): «Työ, vanhemmuus ja lapset. Teoksessa tieto ja tekniikka. Missä on nainen?» («Work, parenthood and children. Knowledge and technology. Where are women?»), en Smeds, R., Kauppinen, K., Yrjänheikki, K., y Valtonen, A. (eds.), *Tekniikan Akateemisten Liitto TEK*, Lahti, pp. 74-80.

Kipen, H. M., Hallman, W., Kelly-McNeil, K., y Fiedler, N. (1995): «Measuring chemical sensitivity prevalence: a questionnaire for population studies», *American Journal of Public Health* 85, pp. 574-577.

Kivelä, K., y Lahelma, E. (2000): «Ansiotyön ja perheen yhdistäminen: kaksinkertainen etu vai taakka naisten hyvinvoinnille ja terveydelle» («Reconciliation of family and work: double benefit or burden to women's welfare and health»), *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, pp. 40-52.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T., y Pentti, J. (1997): «Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline», *Journal of Applied Psychology* 82, pp. 858-872.

Kivimäki, M., Kuisma, P., Virtanen, M., y Elovainio, M. (2001): «Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work», *Work and Stress* 15(1), 2001, pp. 3-13.

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., y Kirjonen, J. (2002): «Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees», *British Medical Journal* 325, p. 857.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M., y Stansfeld, S. A. (2003): «Association between organisational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees», *Psychosocial Medicine* 83, pp. 319-326.

Kivistö, S., Loponen, M., y Kuosma, E. (2001): *Sairauslomalta takaisin töihin. Siirtymävaiheen psykologinen sopimus (From sick leave back to work. Psychological agreement of the transitional phase)*, Työterveyslaitos, Helsinki.

Kompier, M. A. J., y Marcelissen, F. (1990): *Handbook on work stress* (en neerlandés), NIA, Amsterdam.

Kompier, M. A. J., Gründemann, R. W. M., Vink, P., y Smulders, P. G. W. (1996): *Get going! Ten case studies of successful reduction of absenteeism* (en neerlandés), Samsom, Alphen a/d Rijn.

Kompier, M. A. J., y Cooper, C. (eds.) (1999): *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, Londres y Nueva York.

Kornitzer, M., de Smet, P., Boulenguez, C., Backer, G., de Ferrario, M., Houtman, I., Ostergren, P.-O., Sans, S., y Wilhelmsen, L. (2002): «The demand-control model and incidence of coronary heart disease in a multicentre European project: the JACE study», presentación en el tercer ICOH-CVD, Düsseldorf, 20-22 de marzo.

Kristensen, T. S., Kornitzer, M., Alfredsson, L., y Marmot, M. (1998): *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*, European Heart Network, julio de 1998, Bélgica.

Kumpulainen, R. (2000): «Timber and herring: modernisation and mobility in Finnish Lapland and the Western Islands of Scotland», *Research Reports* n° 237, Departamento de Sociología, Universidad de Helsinki, Helsinki, pp. 1770-1970.

Kuper, H., Singh-Manoux, A., y Marmot, M. (2002): «The role of effort and rewards at work in relation to risk for coronary heart disease within the Whitehall II study», presentación ICOH-CVD, Düsseldorf, 20-22 de marzo.

Lagerlöf, E. (1998): «Women's occupational health: a European perspective», seminario TUC sobre mujeres, trabajo y salud, 3 de noviembre, TUC, Londres.

Landrine, H., y Klonoff, E. A. (1997): *Discrimination against women. Prevalence, consequences, remedies*, Sage Publications, Estados Unidos.

Landsbergis, P. A., Cahill, J., y Schnall, P. (1999): «The impact of lean production and related new systems of work organisation on worker health», *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), pp. 108-130.

Läraryrbundet (2002): *TCO, Marknadsundersökning (A market research)*, junio de 2002, Suecia.

Leino, P. I., y Hänninen, V. (1995): «Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders», *Scandinavian Journal on Work, Environment and Health* 21, pp. 134-142.

Leszczynski, D., Joenvaara, S., Reivinen, J., y Kuokka, R. (2002): «Non-thermal activation of the hsp27/p38MAPK stress pathway by mobile phone radiation in human endothelial cells: molecular mechanism for cancer- and bloodbrain barrier-related effects», *Differentiation* 70, pp. 120-129.

Lewis, C. E., Bucholz, K. K., y Spitznagel, E. (1996): «Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample», *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 20, pp. 466-476.

Linares, D. (2003): «Women and men in agriculture: a statistical look at the family labour force», *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 4/2003, Eurostat, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

- Lindbohm, M.-L. (1998): «Recent Nordic research on occupational hazards and pregnancy outcome», *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Lindbohm, M.-L., y Taskinen, H. (2000): «Reproductive hazards in the workplace», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.
- Lippel, K. (1993): *Le stress au travail: l'indemnisation des atteintes à la santé en droit québécois, canadien et américain*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, p. 28.
- Lippel, K. (1996): «Workers' compensation and stress: gender and access to compensation», Proceedings of the International Congress on Women, Work and Health, Barcelona, 17-20 de abril, pp. 82-91.
- Lippel, K., y Demers, D. (1996): «L'invisibilité: facteur d'exclusion: les femmes victimes de lésions professionnelles» *Revue canadienne de droit et société*, 11, pp. 87-134, Montreal.
- Lloyd, S. (1997): «The effects of domestic violence on women's employment», *Law and Policy* 19(2), pp. 139-167.
- Lundberg, U., y Frankenhaeuser, M. (1999): «Stress and workload of men and women in high-ranking positions», *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), pp. 142-151.
- Lutz, H. (sin fecha): *At your service Madame! Domestic servants, past and present. Gender, class, ethnicity and profession*, proyecto de investigación no publicado (<http://www.vifu.de/new/areas/migration/projects/lutz.html>).
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G. A., Tuomilehto, J., y Salonen, J. T. (1997): «Workplace conditions, socioeconomic status and risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study», *American Journal of Public Health* 87(4), pp. 617-622.
- MacAlister Elliott and Partners (2002): *The role of women in the fisheries sector*. Informe de la Dirección General de Pesca de la Comisión Europea, Tender FISH/2000/01-LOT nº 1, Informe final 1443/R/03/D, Dirección General de Pesca (página web) (http://ec.europa.eu/fisheries/publications/studies_reports/role_women/en.htm).
- Maestro, J., Montero, M.^a A., y Rivero, M.^a R. (2000): «Perfiles formativos y necesidades de formación en materia de prevención de riesgos laborales de los empleados públicos españoles», *Prevención, Trabajo y Salud* nº 7, pp. 4-15.
- Magnavits, N. (2002): «Workplace violence in female nurses», Workshop WeW01:1, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — IIIrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., y Stansfeld, S. (1997): «Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence», *The Lancet* 350, pp. 235-239
- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., y Syme, S. L. (1995): «Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study», *Journal of Epidemiology and Community Health* 49, pp. 124-130.
- Maschewsky, W. (2002): «MCS — Oversensitivity or overexposure?», Multiple Chemical Sensitivity International Conference, 8 de abril, Environmental Law Centre (<http://www.elc.org.uk/papers/2002maschewsky.doc>)
- Massai, G./Ambiente e Lavoro Toscana (2001): «The lessons of the Tuscany survey into the health of women workers», presentado en «A se-

minar on the gender dimension in health and safety», 16 de noviembre, Presidencia belga de la Unión Europea/Ministerio Federal de Trabajo y Empleo, Unidad de Igualdad de Oportunidades y TUTB, Bruselas.

Mastekaasa, A. (2000): «Parenthood, gender and sickness absence», *Social Science and Medicine* 50, pp. 1827-1842.

Mather, C., y Peterken, C. (1999), «Health promotion: learning from Europe», *Occupational Health Review*, noviembre/diciembre de 1999, pp. 23-26 (http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/4/health_cir41543659811c2.pdf).

Matthews, S., Manor, O., y Power, C. (1999): «Social inequalities in health: Are there gender differences?», *Social Sciences and Medicine* 48, pp. 49-60.

Mausner-Dorsch, H., y Eaton, W. W. (2000): «Psychosocial work environment and depression: epidemiological assessment of the demand-control model», *American Journal of Public Health* 90(11), pp. 1765-1770.

McCarthy, E., y Scannell, J. (2002): *Women, work and health — An Irish perspective*, informe del Occupational Health and Safety Institute of Ireland.

McCoy, C. A., Carruth, A. K., y Reed, D. B. (2002): «Women in agriculture: risks for occupational injury within the context of gendered role», *Journal of Agricultural Safety and Health* 8(1), pp. 37-50.

McShane, D. P., Hyde, M. L., y Alberti, P. W. (1988): «Tinnitus prevalence in industrial hearing loss compensation claimants», *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 13, pp. 323-330.

Meding, B., y Torén, K. (2001): «Occupational skin and respiratory diseases», en Marklund, S.

(ed.), *Worklife and health in Suecia 2000*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Meier, J. (1997): «Domestic violence, character and social change in the welfare reform debate», *Law and Policy* 19(2), pp. 205-263.

Mejer, L., y Siermann, C. (2000): «Income poverty in the European Union: children, gender and poverty gaps», Theme 3: «Population and social conditions», Eurostat (http://ec.europa.eu/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Menckel, E. (2001): «Threats, violence and harassment in school and worklife», en Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Suecia 2000*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifert, A. M., y Boucher, M. (1994): «Evaluation of exposure data from men and women with the same job title», *Journal of Occupational Medicine* 36(8), pp. 913-918.

Messing, K. (1998): *One-eyed science: occupational health and women workers*, Temple University Press, Filadelfia.

Messing, K., Chatigny, C., y Courville, J. (1998a): «“Light” and “heavy” work in the housekeeping service of a hospital», *Applied Ergonomics* 29, pp. 451-459.

Messing, K., Tissot, F., Saurel-Cubizolles, M.-J., Kaminski, M., y Bourguine, M. (1998b): «Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence», *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 40(3), pp. 251-260.

Messing, K. (ed.) (1999): *Integrating gender in ergonomic analysis: strategies for transforming women's work*, Trade Union Technical Bureau (TUTB) for Health and Safety, Bruselas.

Messing, K., y Stellman, J. (1999): «Understanding occupational disease in the workforce»,

en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, pp 23-29.

Messing, K. (2000): «Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and men», *Journal of the American Medical Women's Association* 55(2), pp. 72-75.

Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexander, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R., y de Grosbois, S. (2003): «Be the fairest of them all: challenges and recommendations in the treatment of gender in occupational health research», *American Journal of Industrial Medicine* 43(6), pp. 618-629.

Middleton, N., Gunnell, D., Whitley, E., Dorling, D., y Frankel, S. (2001): «Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-98», *Journal of Public Health Medicine* 23, pp. 262-267.

Miller, B. A., y Downs, W. R. (2000): «Violence against women», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Miller, K., Greyling, M., Cooper, C. L., Lu, L., y Sparks, K. (2000): «Occupational stress and gender: a cross-cultural study», *Stress Medicine* 16, pp. 271-278.

Ministerio de Asuntos Sociales finlandés: Ley 738/2002 sobre seguridad y salud en el trabajo, Helsinki (<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2002/en20020738.pdf>).

Ministerio de Comercio e Industria británico (2000): *Creating a work-life balance: A good practice guide for employers*, Department of Trade and Industry Publications, Londres (<http://www.dti.gov.uk/work-lifebalance/docs/cawlbfdoc>).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales español (2002): *Proyecto europeo para la mejora de la seguridad y la salud laboral por razones de reproducción y maternidad* (Madrid).

Mirrlees-Black, C. (1999): «Domestic violence: findings from a new British crime survey self-completion questionnaire», *Home Office Research Study* 191, Londres.

Mohren, D. (2003): «Results from the NWO research programme "Fatigue at work"», Departamento de Epidemiología, Universidad de Maastricht, en *Newsletter* 14 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Montero, M. A., y Frutos, P. E. (2000): *Encuesta sobre necesidades formativas de los empleados públicos europeos en salud*, proyecto Leonardo da Vinci E/97/2/00428/EA/III.2.A/FPC, Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras, Madrid.

Morata, T. C., Dunn, D. E., Kretshmer, L. W., Lemasters, G. K., y Keith, R. W. (1991): «Effects of occupational exposure to organic solvents and noise on hearing», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19(4), pp. 245-254.

Mortola, J. (2000): «Premenstrual syndrome», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Myers, E. N., y Bernstein, J. M. (1965): «Salicylate oto-toxicity», *Archives of Otolaryngology* 82, pp. 483-493.

Naber, P. (1991): *Friendship amongst young women*, Acco/Library Youth and Society, Amersfoort.

Naciones Unidas (1995): *International migration policies and the status of female migrants: Proceedings of the United Nations Expert*

Group Meeting, San Miniato (Italia), 28-31 de marzo de 1990, ST/ESA/SER.R/126, División de Población, Naciones Unidas, Nueva York.

Naegele, G. (1999): *Active strategies for an ageing workforce*, Conference report, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

National Centre for Women and Policing (página web) (<http://www.womenandpolicing.org/aboutus.asp>).

Naumanen, P. (2002): «Koulutuksella kilpailukykyä. Koulutuksen yhteys miesten ja naisten työllisyyteen ja työn sisältöön» («Competitiveness by education. Education's connection to men's and women's employment and content of work»), *Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 57*, Turun yliopisto.

NCHS (1968): «Hearing status and ear examination: findings among adults, United States 1960-62», *Vital and Health Statistics*, Series 11, No 32, National Centre for Health Statistics, US Department of Health Education and Welfare, Washington, DC.

Nelson, D. L., y Burke, R. J. (2000): «Women, work stress and health», en Davidson, M. J., y Burke, R. J. (eds.), *Women in management. Occupational stress and black and ethnic minority issues*, parte III, Sage Publications, Londres.

Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A., y Guéguen, A. (1998): «Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study», *Occupational and Environmental Medicine* 55, pp. 735-741.

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.

NIOSH (1996): «Violence in the workplace. Risk factors and prevention strategies», *Current Intelligence Bulletin* 57 (1996), Cincinnati.

NIOSH (1997): *The effects of workplace hazards on male reproductive health*, Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

NIOSH (1999a): *Providing safety and health protection for a diverse construction workforce: issues and ideas*, Publication No 99-140, Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

NIOSH (1999b): *The effects of workplace hazards on female reproductive health*, Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

NIOSH (página web) (a): *Reproductive health* (páginas web de NIOSH) (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/>), Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

NIOSH (página web) (b): *Occupational heart disease* (páginas web de NIOSH) (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/heartdisease/>), Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

NIOSH Factsheet (2001): «Women's health and safety issues at work», nº 2001-123, Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Laboral (NIOSH), Cincinnati.

North, F. M., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M., y Marmot, M. (1996): «Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall study», *American Journal of Public Health* 86, pp. 332-340.

Notkola, V., y Virtanen, S. (1998): «Occupational mortality differences among women and the role of work», en *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Notkola, V., y Vänskä, J. (1999): «Määräaikaistyöntekijöiden työtapatuomat ja koetut työperäiset sairaudet» («Occupational accidents and diseases among the temporary employed»), en Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet ja työväki valtata-paukset (Dangers at work. Experienced occupational diseases and violence at work)*, *Työmarkkinat*, 2000:15, Tilastokeskus, Helsinki.

Nuutinen, I., Kauppinen, K., y Kandolin, I. (1999): *Tasa-arvo poliisitoimessa — työyhteisöjen ja henkilöstön hyvinvointi (Equality in the police force — well-being of work organisation and personnel)*, Työterveyslaitos, Sisäasiainministeriö, Helsinki.

O'Brien, M., y Shemilt, I. (2003): *Working fathers: earning and caring*, Equal Opportunities Commission, Manchester.

O'Hara, R. (2002): *Scoping exercise for research into the health and safety of homeworkers*, Health and Safety Laboratory, HSL/2002/18, Sheffield.

O'Neill, R. (2000): *Europe under strain. A report of trade union initiatives to combat workplace musculoskeletal disorders*, Trade Union Technical Bureau (TUTB), Bruselas.

Observatorio Europeo de Relaciones Industriales (*online*) (1998): «French national action plan (NAP) on employment adopted», Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (página web) (<http://www.eiro.euofound.eu.int/1998/05/feature/fr9805107f.html>)

OCDE (2001): *Childcare coverage*, OCDE employment outlook, reproduced on the European Commission (página web) (http://ec.europa.eu./employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

OCDE (2002): *Babies and bosses: reconciling work and family life — Volumen 1 — Australia, Denmark and the Netherlands*, OCDE, París.

Oeij, P., y Wiezer, N. (2002): *New work organisations, working conditions and quality of work: towards the flexible firm?*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

OIT (sin fecha): *Gender issues in occupational safety and health: PIACT programme*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra (http://www.itcilo.it/actrav/english/calendar/2001/a3_2387/resource/Gender_and_OSH.htm).

OIT/Conferencia Internacional del Trabajo (1985): «Resolution on equal opportunities and equal treatment for men and women in employment», adoptada en la sesión nº 71 (junio de 1985) por la Conferencia Internacional del Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT (1992): *Report of the 11th session of the OIT/OMS Joint Committee on Occupational Safety and Health*, Ginebra, 27-29 de abril, Ref.: JCOH/XI/92, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT, Oficina para la Igualdad de Género (2000): *Trabajo decente para las mujeres*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/2000/8.htm>).

OIT, CIE, ISP, OMS/Programa conjunto sobre violencia laboral en el sector de la salud (2002a): *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Internacional de Servicios Públicos, Organización Mundial de la Salud; Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT/Noticia de prensa (2002b): «Programa conjunto: nueva iniciativa contra la violencia laboral en el sector de la salud», comunicado de prensa OIT/02/49, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/2002/49.htm>).

Oligati, E., y Shapiro, G. (2002): *Promoting gender equality in the workplace*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

OMS (1980): *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

OMS (1994a): *A global strategy on occupational health for all*, Organización Mundial de la Salud (página web) (http://www.who.int/occupational_health/en/). Ginebra.

OMS (1994b): *Monica project (monitoring cardiovascular disease)*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1998): *Gender and health technical paper*, Organización Mundial de la Salud (página web) (<http://www.who.int/docstore/gender-and-health/pages/WHO%20-%20Gender%20and%20Health%20Technical%20Paper.htm>), Ginebra.

OMS (2001): «La equidad de género en la salud mediante el *mainstreaming*. La necesidad de avanzar», Declaración de Madrid, *El mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa*, programa de *mainstreaming* de género. División de Apoyo Técnico, Organización Mundial de la Salud, Madrid.

OMS (2002a): *Integrating gender perspectives into the work of the WHO. WHO gender policy*, Organización Mundial de la Salud (página web)

(<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a78322.pdf>), Ginebra.

OMS (2002b): «Selected occupational risks», *Informe sobre la salud en el mundo*, capítulo 4, punto 9, Organización Mundial de la Salud (página web) (<http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html>), Ginebra.

OMS (sin fecha): *Gender disparities and mental health. The facts*, Organización Mundial de la Salud (página web), «Gender and women's mental health» (http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/), Ginebra.

Östlin, P. (2002): «Gender perspective on socioeconomic inequalities in health», en Mackenbach, J., y Bakker, M. (eds.), *Reducing inequalities in health: a European perspective*, Londres y Nueva York.

Paoli, P. (2002): *Working conditions in the candidate countries*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Paoli, P., y Merllié, D. (2001): *Third European survey on working conditions 2000*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0121EN.pdf>).

Papaleo, B. (2002): «Presentation of the national ISPEL project to raise awareness of occupational risks to women», Workshop on women, work, safety and health, 15 de marzo, ISPEL (Instituto Nacional Italiano para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo), División de Documentación, Roma.

Papaleo, B., Palmi, S., y Pera, A. (2003): «Women, health and work: new strategy for rese-

arch» (no publicado), ISPESL (Instituto Nacional Italiano para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo), División de Medicina del Trabajo, Roma.

Paul, J. (2003): *Health and safety and the menopause: working through the change*, Trades Union Congress (TUC), Londres (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6316-f0.pdf).

Phillips, A., y Taylor, B. (1980): «Sex and skill: notes towards feminist economics», *Feminist Review* nº 6, pp. 79-89.

Piirainen, H., Elo, A.-L., Hirvonen, M., Kauppinen, K., Ketola, R., Laitinen, H., Lindström, K., Reijula, K., Riala, R., Viluksela, M., y Virtanen, S. (2000): «Work and health survey», Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Piispa, M., y Saarela, K. L. (1999): «Työväkivalta» («Worklife violence»), en Paananen, S. (1999), *Työn vaarat 1999 (Dangers at work)*, *Työmarkkinat* 2000:15, Helsinki.

Plomp, R. (1986): «A signal-to-noise ratio model for the speech-reception threshold of the hearing impaired», *Journal of Speech and Hearing Research* 29, pp. 146-154.

Plumridge, L. (1999): «Sex workers and health», en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Poelmans, S., Compernelle, T., De Neve, H., Buelens, M., y Rombouts, J. (1999): «Belgium: a pharmaceutical company», en Kompier, M. A. J., y Cooper, C. (eds.), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, Londres y Nueva York.

Pretty, G., McCarthy, M., y Catano, M. (1992): «Psychological environments and burnout: gender considerations within the corporation»,

Journal of Organisational Behaviour 13, pp. 701-711.

Pryce, J., Cox, S., y Cox, T.: «The impact of long working hours on libido», enviado al *Journal of Family and Marital Therapy*.

Punnett, L., y Herbert, R. (2000): «Workrelated musculoskeletal disorders: Is there a gender differential and, if so, what does it mean?», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Pyykkö, I., Pekkarinen, J., y Starck, J. (1986): «Sensory-neural hearing loss in forest workers. An analysis of risk factors», *International Archives of Occupational Environmental Health* 59, pp. 439-454.

Rantalaiho, L., Acker, J., Jónasóttir Melby, K., y Witt-Brattsröm, E. (2002): «Women's studies and gender research in Finland», *Publications of the Academy of Finland* 8/02, Helsinki (<http://www.aka.fi/>).

Raphael, J. (1997): «Welfare reform: prescription for abuse? A report on new research studies documenting the relationship of domestic violence and welfare», *Law and Policy* 19(2), pp. 123-137.

Rea, T., y Buchwald, D. (2000): «Chronic fatigue syndrome», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Rees, D. (1993): «Research note: reliability of self-report sickness absence data in the health service», *Health Services Management Research* 6(2), pp. 140-141.

Reilly, B., Paci, P., y Hall, P. (1995): «Unions, safety committees and workplace injuries», *British Journal of Industrial Relations* 33(2).

Reproductive Health Outlook (página web) (<http://rho.org/html/aboutrho.htm>).

Risking Acoustic Shock Conference (2001): Fremantle, Western Australia, septiembre de 2001.

Robins, L. N., y Regier, D. A. (eds.) (1991): *Psychiatric disorders in America*, The Free Press, Nueva York.

Rogers, R., y Salvage, J. (1988): *Nurses at risk: a guide to health and safety at work*, Heinemann Professional Publishing, Londres.

Rohlf, I., Valls-Llobet, C., López, M., Artazcoz, L., y Cirera, E. (2002): «The total workload of women and men in a cross-cultural perspective», en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.): *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Roskam, E. (2000): «Las mujeres trabajan para cerrar la brecha entre los géneros en materia de seguridad ocupacional», Organización Internacional del Trabajo (página Internet) (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/36/women.htm>).

Rout, U. R., Cooper, C., y Kerslake, H. (1997): «Working and non-working mothers: a comparative study», *Women in Management Review* 12(7), pp. 264-275.

Ruben, C. H., Burnett, C. A., Halperin, W. E., y Seligman, P. J. (1993): «Occupation as a risk identifier for breast cancer», *American Journal of Public Health* 83, pp. 1311-1315.

Rylander, L., Axman, A., Torén, K., y Albin, M. (2002): «Reproductive outcome among female hairdressers», *Occupational and Environmental Medicine* 59, pp. 517-522.

Sala, E., Airo, E., Olkinuora, P., Laine, A., Suonpää, J. P., Tähtinen, E., y Portnoi, H. (1999): *Päiväkotien kasvatushenkilöiden äänihäiriöt ja*

äänihäiriöiden työperäiset taustatekijät (Daycare employees' voice problems and their occupational explanatory factors), Työsuojelurahaston loppuraportti 97030, Turku.

Salerno, S., Bosco, M. G., y Figà-Talamanca, I. (2002b): «Stress in Italian working women», Workshop SUW05, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Salerno, S., Bosco, M. G., y Valcella, F. (2002a): «Salute mentale e ambiente di lavoro in un gruppo di utenti dei servizi pubblici di prevenzione», *La Medicina del Lavoro* 93(4), pp. 329-337.

Sallmén, M., y Taskinen, H. (1998): «Finnish studies on fertility among female workers», *Women at work, People and Work, Research Reports* 20, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, pp. 121-125.

Sallmén, M. (2000): «Fertility among workers exposed to solvents or lead. Finnish Institute of Occupational Health», *People and Work, Research Reports* 37, Otamedia, Espoo.

Sataloff, R. T., Sataloff, J., y Hawkshaw, M. (1993): *Tinnitus in occupational hearing loss — Second edition*, Sataloff, R. T., y Sataloff, J. (eds.), Marcel Dekker Inc., Nueva York.

Saurel-Cubizolles, M.-J., Fougeyrollas-Schweibel, D., Camard, R., y the Enveff Group (2002): «Health and violence at work against women: national data in France», Workshop WeW01:3, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Savolainen, S., y Lehtomäki, K. (1996): «Hearing protection in acute acoustic trauma in Finnish conscripts», *Scandinavian Audiology* 25(1), pp. 53-58.

- Schaufeli, W. B., y Enzmann, D. (1998): *The burnout companion for research and practice: a critical analysis*, Taylor and Francis, Londres.
- Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willet, W. C., Hunter, J., Kawachi, I., y Colditz, G. (2001): «Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study», *Journal of the National Cancer Institute* 93(20).
- Schie, E. van (1997): «Career aspirations of men and women before coming into the labour market» (en neerlandés), *Gedrag Organisatie* 10(5), pp. 286-299.
- Schippers, A. (2002), *The special blight of migrant workers*, Radio Netherlands (página web) (<http://www.radionetherlands.nl/?migrant020102.html>).
- Sennet, R. (1998): *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*, Norton, Nueva York, Londres.
- Sjögren, J., y Rappe, T. E. (2002): *Diagnos: Duktig - handbok för överambitiösa tjejer och alla andra som borde bry sig (Diagnosed competent. A handbook for overambitious girls and everyone else who thinks they should care)*, DN Bokförlag.
- Skiöld, L. (ed.) (2002): *Women and work — Seminar report*, Worklife and EU enlargement WLE report 4, Swedish National Labour Market Board (AMS), Estocolmo (<http://www.ams.se/wle>).
- Smith, D., Atkinson, R., Minai, J., Yamagata, Z. (2002): «Occupational skin diseases in nursing», *Australian Nursing Journal* 51, junio de (http://www.anf.org.au/04_anf_anj_publications/anj_2002/0206_clin_update.pdf).
- Sochert, R. (1999): *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel*, BAuA, Dortmund/Berlín.
- Spagat «Innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen», proyecto Spagat (página web) (<http://www.ppm.at/spagat/>).
- Stansfeld, S. (2002): «Work, personality and mental health», *British Journal of Psychiatry* 181, pp. 96-98.
- Steele, M., Alexander, M., Stephen, K., y Duffin, L. (1997): *Changes at work: the 1995 Australian workplace industrial relations survey*, Addison Wesley Longman, Melbourne.
- Steenland, K., Johnson, J., y Nowlin, S. (1997): «A follow-up study and heart disease among males in the NHANES1 population», *American Journal of Industrial Medicine* 4(31), pp. 256-260.
- Stefanovska, T., y Pidlisnuk, V. (2002): «Ukraine struggles with pesticides — Women bear the brunt», *Pesticide News* 57, Pesticides Action Network, Londres.
- Stellman, J. M., y Lucas, A. (2000): «Women's occupational health: international perspectives», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.
- Stenberg, B., y Wall, S. (1995): «Why do women report sick-building syndrome more often than men?», *Social Science and Medicine* 40(4), pp. 491-502.
- Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J., y Mackenbach, J. P. (1995): «Smaller socioeconomic inequalities in health among women: the role of employment status», *International Journal of Epidemiology* 24, pp. 559-568.
- Strowbridge, N. F. (2002): «Musculoskeletal injuries in female soldiers: analysis of cause and type of injury», *Journal of the Royal Army Medical Corps* 148, pp. 256-258.
- Sutela, H. (1999): «Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, työpaikan sosiaaliset suhteet» («Equality, equity, workplace social relations»), en Lehto, A.-M., y Sutela, H., *Tasa-arvo työoloissa (Equa-*

lity at work), *Työmarkkinat* 19, Tilastokeskus, Helsinki.

Sutela, H., Vänskä, J., y Notkola, V. (2001): «Pätkätyöt Suomessa 1990-luvulla» («Temporary employment in Finland in the 1990s»), *Työmarkkinat* 2001:1, Tilastokeskus, Helsinki.

Taris, T., Schaufeli, W. B., Schreurs, P., y Caljé, D. (2000): «Burned out in education: stress, mental fatigue and absenteeism amongst teachers» (en neerlandés), en Houtman, I., Schaufeli, W. B., y Taris, T. (eds.), *Mental fatigue and work* (en neerlandés), Samsom, Alphen a/d Rijn, pp. 97-106.

Taskinen, H. K., Kyyrönen, P., Sallmén, M., Virtanen, S. V., Liukkonen, T. A., Huida, O., Lindbohm, M. L., y Anttila, A. (1999): «Reduced fertility among female woodworkers exposed to formaldehyde», *American Journal of Industrial Medicine* 36(1), pp. 206-212.

Taylor, R. (2002): *Managing workplace change*, Economic and Social Research Council, Swindon.

Tiihonen, A., y Koivisto, N. (eds.) (2002): *Allowed to care/allowed to intervene: sexual harassment in sports — A guidebook for adults*, Finnish Sports Federation, SLU publications series 10/02, Helsinki.

TUC (de próxima aparición): «TUC survey of safety reps 2002», Trades Union Congress, Londres.

TUTB (2000): *Trade union initiatives across Europe*, Women, work and health special report, TUTB Newsletter, 13 de marzo de 2001, Bruselas, pp. 21-23.

TUTB: *Results of the survey*, Trade Union Technical Bureau (página web) (<http://www.etuc.org/tutb/uk/pdf/survey-document2.pdf>).

UNI-Europa y EFCI/FENI (2001): *Health and safety in the office cleaning sectors*. European

manual for employees, UNI-Europa, Bruselas (http://www.union-network.org/UNISite/Sectors/Property_Services/Cleaning/CleaningManual.htm).

Unison (1997): *Unison members' experience of bullying at work*, Unison, Londres.

Unison (2001): *Women's health and safety: a guide for Unison safety representatives*, Unison, Londres.

Vagg, P. R., Spielberger, C. D., y Wasala, C. F. (2002): «Effects of organisational level and gender on stress in the workplace», *International Journal of Stress Management* 9(4), pp. 243-261.

Vahtera, J., Kivimäki, M., y Pentti, J. (1997): *Effect of organisational downsizing on health of employees*, *The Lancet* 350, pp. 1124-1128.

Valls-Llobet, C., Borra, G., Doyal, L., y Torns, T. (1999): «Household labour and health», en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Valls-Llobet, C. (2002), «Women's health conditions after occupational chemical exposures», Workshop MoW03, en Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L., y Westberg, H. (eds.), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.

Vartia, M. (2003): *Workplace bullying: a study on the work environment, well-being and health*, People and Work Research Reports 56, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Veerman, T. J., Schoemaker, C. G., Cuelenaere, B., y Bijl, R. V. (2001): *Mental disability* (en neerlandés), Elsevier, Doetinchem.

Verbrugge, L. M. (1985): «Gender and health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behaviour* 26, pp. 156-182.

- Verbrugge, L. M. (1986): «From sneezes to adieu: stages of health for American men and women», *Social Sciences Medicine* 22(11), pp. 1195-1212.
- Verschuuren, R., de Groot, B., y Nossent, S. (1995): *Working conditions in hospitals in the European Union*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Vickery, G., y Wurzburg, G. (1996): «Flexible firms, skills and employment», *The OCDE Observer* n° 202, octubre/noviembre, OCDE, París.
- Vingård, E., y Hagberg, M. (2001): «Work factors and musculoskeletal disorders», en Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Suecia 2000*, Arbetslivsinstitutet, Estocolmo.
- Vinke, H., Andriessen, S., van den Heuvel, S. G., Houtman, I., Rijnders, S., Van Vuuren, C. V., y Wevers, C. W. J. (1999): *Women and rehabilitation for work* (en neerlandés), TNO Work and Employment, Hoofddorp.
- Vinke, H., y Wevers, C. (1999): «Women, disability and rehabilitation in work» (en neerlandés), en Houtman, I., Smulders, P., y Klein Hesselink, D. J. (eds.), *Trends in work*, Samsom Alphen a/d Rijn, pp. 217-236.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., y Cooper, C. (2001): «Contingent employment, health and sickness absence», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 27, pp. 365-372.
- Vogel, L. (1999): *Occupational health in central government administration: a comparative study of the implementation of selected provisions of the framework directive in Austria, Spain, France and the United Kingdom*, Trade Union Technical Bureau (TUTB), Bruselas.
- Vogel, L. (2002): «The gender dimension in health and safety. Initial findings of a European survey», *TUTB Newsletter* 18, Trade Union Technical Bureau, Bruselas, pp. 13-17 (<http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/2002-18p13-17.pdf>).
- Voice Care Network, *More care for your voice*, Kenilworth, Reino Unido (<http://www.voicecare.org.uk>).
- Wamala, S.-P., Mittleman, M. A., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., y Orth-Gomer, K. (2000): «Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Estocolmo female coronary risk study», *Social Science and Medicine* 51(4), pp. 481-489.
- WAO, WAZ and Wajong (2001): *Developments in the use of disability pensions in the Netherlands in 2000*, Landelijk Instituut Sociale Verzekering (LISV), Amsterdam.
- Webster, J., y Schnabel, A. (1999): *Participating on equal terms*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Wedderburn, A. (ed.) (2000): *Shift work and health*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Weinberg, A., y Creed, F. (2000): «Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff», *The Lancet* 355, pp. 533-537.
- Westberg, H. (1998): «Where are women in today's workplace?», en Kilbom, Å., Messing, K., y Bildt Thorbjörnsson, C. (eds.), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Suecia.
- Westerholm, P. (1998): «The heart — A weak spot. Gender, work and cardiovascular disease».

se», en Kilbom, Å., Messing, K., y Bildt Thorbjörnsson, C. (eds.), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Suecia.

Westman, M., y Etzion, D. (2001): «The impact of vacation and job stress on *burnout* and absenteeism», *Psychology and Health* 16, pp. 595-606.

Whatmore, L., Cartwright, S., y Cooper, C. (1999): «United Kingdom: evaluation of a stressmanagement programme in the public sector», en Kompier, M. A. J., y Cooper, C. (eds.), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, Londres y Nueva York.

White, B. (2000): «Lessons from the careers of successful women», en Davidson, M. J., y Burke, R. J. (eds.), *Women in management*, Part II, Sage Publications, Londres.

Wickström, G., y Joki, M. (1998): «Utilisation of official breaks and take-up of short breaks in nursing work», en Lehtinen, S., Taskinen, H., y Rantanen, J. (eds.), *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, *People and Work Research Reports* 20, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Williams, C. (2001): «Health meeting resume: Filtration and health — Clean air in the workplace», Birmingham, marzo de 2001, The Filtration Society (http://www.lboro.ac.uk/departments/cg/research/filtration/abstracts_health_meeting.htm).

Williams, K., y Umberson, D. (2000): «Women, stress and health», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Wise, L. A., Krieger, N., Zierler, S., y Harlow, B. L. (2002): «Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause», *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(11), pp. 851-860.

Wollershein, J. P. (1993): «Women workers», en Headapohl, D. M. (ed.), *State-of-the-art reviews*, *Occupational Medicine*.

Woods, V., Buckle, P., y Haisman, M. (1999): *Musculoskeletal health of cleaners*, Health and Safety Executive, Contract research report 215/1999, HSE Books, Sudbury, Reino Unido.

WorkCover NSW (2001): *Health and safety guidelines for brothels*, Sydney (http://www.workcover.nsw.gov.au/NR/rdonlyres/BFFA4789-E98E-478E-B110-C86A1EA6402E/0/guide_wc_brothels1201.pdf).

Wrangö, K., Wallenhammar, L. M., Ortengren, U., Barregard, L., Andreasson, H., Bjorkner, B., Karlsson, S., y Meding, B. (2001): «Protective gloves in Swedish dentistry: use and side effects», *British Journal of Dermatology* 145(1), pp. 32-37.

Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., y Griffiths, A. (1997): *Guidance on the prevention of violence at work*, Comisión Europea, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Yeandle, S., Gore, T., y Herrington, A. (1999): *Employment, family and community activities: a new balance for women and men*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Yehuda, R. (2002): «Post-traumatic stress disorder», *New England Journal of Medicine* 346(2), pp. 108-114.

Ylikoski, M., Lehtinen, S., Kaadu, T., y Rantanen, J. (eds.) (2002): *The FinEst bridge — Finnish-Estonian collaboration in occupational health*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki (http://www.sm.ee/telematic/twinning/finest_bridge.pdf).

York Consulting (2003): *Pilots to explore the effectiveness of workers' safety advisors: interim*

findings, marzo de 2003, Report to the Health and Safety Commission, disponible en TUC (página web) (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6505-f0.pdf).

Zahm, S. H. (2000): «Women at work», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Zahm, S. H., Pottern, L. M., Lewis, R. D., Ward, M. H., y White, D. W. (1994): «Inclusion of women and minorities in occupational cancer and

epidemiological research», *Journal of Occupational Medicine* 36(8), pp. 842-847. Z

Zahm, S. H., Ward, M. H., y Silverman, D. T. (2000): «Occupational cancer», en Goldman, M., y Hatch, M. (eds.), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, Nueva York, Boston, Londres, Sydney, Tokyo.

Zitting, A., y Husgafvel-Pursiainen, K. (2002): «Health effects of environmental tobacco smoke», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 28, suplemento nº 2.



ANEXOS

Asimismo, algunos de los miembros del personal de la Agencia han contribuido al informe, entre otros: Markku Aaltonen (responsable del Centro temático), Eusebio Rial-González, Christa Sedlatschek, Brenda O'Brien, Mónica Vega y Paola Piccarolo.

Sarah Copsey
Responsable de proyectos

ANEXO 1. AGRADECIMIENTOS

La Agencia desea agradecer a Kaisa Kauppinen y Riitta Kumpulainen, FIOH (Finlandia), y a Irene Houtman, TNO Arbeid (Países Bajos), su contribución a este informe, y a los miembros del Centro temático de investigación sobre trabajo y salud que colaboraron en su elaboración: Anneke Goudswaard, TNO Arbeid (Países Bajos); Maria Castriotta, ISPESL (Italia); Alan Woodside, OSHII (Irlanda); Birgit Aust, AMI (Dinamarca); Veerle Hermans, Prevent (Bélgica); Dolores Solé, INSHT (España); Karl Kuhn y Ellen Zwink, BAuA (Alemania).

Asimismo, la Agencia desea dar las gracias a las siguientes personas por sus valiosos comentarios y sugerencias sobre este informe:

Los centros de referencia de la Agencia y otros miembros de la red; Carina Bildt, National Institute for Working Life (Suecia); Lesley Doyal, University of Bristol (Reino Unido); Marilyn Fingerhut, OMS; Carin Hakansta y compañeros, OIT; Karen Messing, Cinboise, Université du Québec en Montreal (Canadá); Naiomi Swanson y compañeros, NIOSH; y Sabrina Tesoka, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

ANEXO 2. ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO, PARTICIPANTES Y EXPERTOS

Responsable de proyectos de la Agencia

Sarah Copsey
Agencia Europea para la Seguridad
y la Salud en el Trabajo
Gran Vía, 33
E-48009 Bilbao

Responsables de proyectos del Centro temático de investigación sobre trabajo y salud

Directores de los trabajos:

Kaisa Kauppinen y Riitta Kumpulainen
Instituto Finlandés de Salud en el Trabajo (FIOH)
Työterveyslaitos
Topeliuksenkatu 41A
FIN-00250 Helsinki

Irene Houtman y Anneke Goudswaard
TNO Arbeid
Polarisavenue 151
PO Box 718
2130 AS Hoofddorp
Nederland

Miembros:

Maria Castriotta
Istituto superiore per la prevenzione
e la sicurezza del lavoro (ISPESL)
Via Urbana, 167
I-00184 Roma

Alan Woodside
Occupational Safety and Health Institute
of Ireland (OSHI)
University Road
Galway
Ireland

Birgit Aust
Arbejds miljøinstituttet (AMI)
Lersø Parkallé 105
DK-2100 København

Veerle Hermans
Prevent
Rue Gachard 88, boîte 4
B-1050 Bruxelles

Dolores Solé
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene
en el Trabajo (INSHT)
Dulcet, 2-10
E-08034 Barcelona

Karl Kuhn y Ellen Zwick
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin
(BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
D-44149 Dortmund

Responsable de proyectos de la Agencia del Centro temático de investigación sobre trabajo y salud

Markku Aaltonen
Agencia Europea para la Seguridad
y la Salud en el Trabajo
Gran Vía, 33
E-48009 Bilbao

*Responsables del Centro temático
de investigación sobre trabajo y salud*

Jean-Luc Marié
INRS
30, rue Olivier Noyer
F-75680 Paris Cedex 14

Jean-Claude André
INRS — Centre de Lorraine
Avenue de Bourgogne, BP 27
F-54 501 Vandœuvre-les-Nancy Cedex

*Participantes en la reunión de expertos,
Roma, 15 de marzo de 2002*

T. Baccolo (ISPESL, Italia)
L. Benedettini (CGIL, Italia)
C. Bildt (NIWL, Suecia)
M. Castriotta (ISPESL, Italia)
A. Ciani Passeri (Dep. Prev. Florencia, Italia)
S. Copsey (Agencia Europea para la Seguridad
y la Salud en el Trabajo)
G. Costa (ARPA Piemonte, Italia)
G. Delpier (Com. Nac. de Iguald. de Oport., Italia)
I. Figà-Talamanca (Univ. La Sapienza, Italia)
C. Frascherl (CISL, Italia)
G. Galli (UIL, Italia)
P. Germini (Com. Nac. de Iguald. de Oport., Italia)
E. Giuli (ISPESL, Italia)
A. Goudswaard (TNO, Países Bajos)
V. Hermans (Prevent, Bélgica)
M. Hiltunen (Min. Asuntos. Soc., Finlandia)

I. Houtman (TNO, Países Bajos)
K. Kauppinen (FIOH, Finlandia)
K. Kuhn (BAuA, Alemania)
B. Papaleo (ISPESL, Italia)
S. Perticaroli (ISPESL, Italia)
S. Salerno (ENEA, Italia)
D. Solé (INSHT, España)
E. Volturo (CDF ASL Milán, Italia)
A. Woodside (OSHI, Irlanda)
E. Zwink (BAuA, Alemania)

*Otros expertos colaboradores
en el informe*

Trastornos musculoesqueléticos: H. Riihimäki (FIOH)
Trastornos respiratorios, asma y síndrome del edificio enfermo: K. Reijula (FIOH)
Enfermedades de la piel: R. Jolanki (FIOH) y T. Estlander (FIOH)
Trastornos auditivos: E. Toppila (FIOH)
Cáncer: T. Kauppinen (FIOH); telefonía móvil: M. Hietanen (FIOH)
Salud reproductiva: M. -L. Lindbohm (FIOH), H. Taskinen (FIOH) e I. Figà-Talamanca (Univ. La Sapienza)
Absentismo, incapacidad y rehabilitación: R. Gründemann (TNO)

También colaboraron: H. Huuhtanen (FIOH), S. Patoluoto (FIOH) y T. Veriö-Piispanen (FIOH).

ANEXO 3. EXTRACTOS DE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA SOBRE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO 2002-2006 PERTINENTES PARA EL GÉNERO

En su estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2002-2006, la Comisión Europea incluye específicamente la integración de la cuestión de género en la política de seguridad y salud en el trabajo entre sus objetivos. El texto pertinente se reproduce a continuación:

«Introducción

La promoción de la salud en el trabajo debe, por consiguiente, inscribirse en el marco de la evolución general de la actividad económica (cada vez más orientada al sector de los servicios), de las formas de empleo (más diversificadas), de la población activa (en proceso de envejecimiento y con un componente femenino cada vez más fuerte), y de la sociedad en general (más variada pero cada vez más marcada por la exclusión social) [...].

2.1. Cambios en la sociedad

2.1.1. *Una sociedad con un componente femenino cada vez más fuerte*

La creciente participación de la mujer en el empleo es una tendencia que se manifiesta desde hace varias décadas. Se trata de uno de los objetivos fundamentales fijados en Lisboa en el contexto del envejecimiento de la población activa e introduce una nueva dimensión en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo.

El 83 % de las mujeres activas trabajan en el sector de los servicios, lo que explica el hecho de que su tasa de incidencia de accidentes y enfermedades profesionales sea sensiblemente inferior a la de los hombres y que el riesgo que corren de sufrir un accidente sea menor. Con todo, la evolución de la situación no es alentadora, ya que en las actividades en las que predominan las mujeres está aumentando la incidencia, incluso por lo que respecta a los accidentes mortales. Por otra parte, mientras que, en 1995, las mujeres solo representaban el 17,8 % de las enfermedades profesionales diagnosticadas, el porcentaje correspondiente a determinadas afecciones era claramente superior: 45 % de las alergias, 61 % de las enfermedades infecciosas, 55 % de los trastornos neurológicos y 48 % de los trastornos hepáticos y dermatológicos. Estas cifras ponen de relieve, pues, la existencia de elementos específicos de las mujeres en lo tocante a las enfermedades profesionales.

Las medidas preventivas, los mecanismos de evaluación y las normas relativas al pago de indemnizaciones deben tener en cuenta específicamente la creciente participación femenina en el mundo del trabajo, así como los riesgos a los que las mujeres son particularmente sensibles. Deben basarse, para ello, en investigaciones sobre los aspectos ergonómicos, el diseño del lugar de trabajo y los efectos de la

exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, y prestar la debida atención a las diferencias fisiológicas y psicológicas en la organización del trabajo.

3.1. Promover un enfoque global del bienestar en el trabajo

La política comunitaria de salud y seguridad en el trabajo debe tener como objetivo la mejora continua del bienestar en el trabajo, un concepto que integra dimensiones físicas, morales y sociales. Además, todos los agentes interesados deben perseguir una serie de objetivos complementarios [...].

2. *Integrar la dimensión de género* en la evaluación del riesgo, las medidas preventivas y los mecanismos de indemnización, de forma que se tengan en cuenta las particularidades de las mujeres por lo que respecta a la salud y la seguridad en el trabajo [...].

3.3.2. Promover nuevas vías de progreso

1. Evaluación comparativa

La Comisión:

— considerará si propone, en 2002, una modificación de las directrices de empleo y pedirá a los Estados miembros que adopten objetivos nacionales cuantificados de cara a la reducción de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, prestando especial atención a los sectores que registran una fuerte tasa de accidentes e integrando las dimensiones de edad y de género [...].

Fuente: Comisión Europea (2002c), Comunicación de la Comisión titulada «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)», COM(2002) 118 final, 11 de marzo de 2002.

ANEXO 4. EXTRACTOS DE LA RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO SOBRE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO 2002-2006 PERTINENTES PARA EL GÉNERO

El Parlamento Europeo examinó y sometió a debate la estrategia comunitaria de la Comisión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006) y aprobó una resolución en la que expone sus puntos de vista y propuestas sobre la estrategia. Dicha estrategia hace referencia a la integración de la cuestión de género en las actividades de seguridad y salud laborales, y los siguientes extractos de la resolución del Parlamento Europeo son pertinentes para la dimensión de género en el documento de la Comisión.

«[...] considerando que en el análisis de la Comisión se hace referencia a las dimensiones de género y demográfica, pero que ello prácticamente no se refleja en las acciones propuestas; que, por ejemplo, las propuestas de acción deberían tener en cuenta que en muchos sectores en los que predominan las mujeres los empleos están mal retribuidos y son precarios; y que, mientras que los hombres están más expuestos a accidentes laborales graves, las mujeres tienden a sufrir enfermedades relacionadas con el trabajo y afecciones mentales

[...]

3. Pide a la Comisión que integre una dimensión de género en toda la estrategia, prestando especial atención a las siguientes cuestiones:

(i) la doble carga que han de afrontar muchas personas, principalmente mujeres, de empleo retribuido y trabajo socialmente productivo pero no remunerado en relación con las responsabilidades personales, que puede tener repercusiones en términos de salud y seguridad;

(ii) el hecho de que, en el contexto de la segmentación de géneros que caracteriza demasados mercados de trabajo europeos, las mujeres reciben menos formación profesional y educación que sus colegas masculinos;

(iii) la situación de grupos específicos, como los trabajadores a domicilio (mujeres, en un gran porcentaje), que producen en sus casas una vasta gama de bienes, y las mujeres que trabajan en la agricultura y en PYME de tipo familiar, muchas de las cuales forman parte legalmente de la empresa y llevan a cabo trabajos potencialmente peligrosos, pero tienen un acceso reducido a la formación, la información y la seguridad social;

(iv) el modo en que ciertos aspectos de la salud y la seguridad en el trabajo pueden ser un obstáculo para el acceso de la mujer a determinados sectores laborales, lo que a su vez contribuye a perpetuar la división del trabajo en función del género, y la propuesta de medidas para asegurarse de la desaparición de estos obstáculos.

Asuntos legislativos

4. Pide la extensión del alcance de la Directiva marco (89/391/CEE) del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo a grupos de trabajadores excluidos, como los militares, los trabajadores autónomos, los trabajadores domésticos y los trabajadores a domicilio; la exclusión de los últimos dos grupos constituye una discriminación indirecta de las mujeres, y su eliminación

proporcionaría un efecto concreto al énfasis que pone la Comisión en la igualdad de géneros;

5. Apoya, en su resolución de 20 de septiembre de 2001, sobre acoso moral en el lugar de trabajo, el “enfoque global del bienestar en el trabajo”, que incluye todo tipo de riesgos, como el estrés, el acoso, la intimidación y la violencia; se hace así eco de la sentencia del Tribunal de Justicia sobre la interpretación amplia de “entorno de trabajo” (apartado 1 del artículo 137 TCE); no obstante, la Comisión debería reconocer la importancia del género en este contexto y ser más concreta, por ejemplo proponiendo legislación en materia de acoso laboral; además, el enfoque global debería contener el compromiso de extender la acción estratégica hacia o contra riesgos futuros derivados de nuevos procesos o de la modificación de los actuales;

6. Insta a la Comisión, con respecto a las dolencias musculares y óseas que en la UE sufren más de la mitad de las personas aquejadas de problemas físicos relacionados con el trabajo, especialmente los trabajadores de mayor edad, a que presente una directiva global sobre la ergonomía en el trabajo, que revise y mejore la aplicación de la Directiva 90/270/CEE de 29 de mayo de 1990 sobre disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización y proponga enmiendas a la Directiva 90/269/CEE de 29 de mayo de 1990 sobre disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular con respecto a la manipulación repetitiva de cargas pequeñas; además, las consideraciones de género deberían traducirse en políticas y prácticas de evaluación de riesgos y diseño del lugar de trabajo;

[...]

10. Insta a la Comisión a que evalúe toda la legislación sanitaria y de seguridad existente con objeto de establecer si se han tenido en cuenta las necesidades específicas relacionadas con la perspectiva de género, incluso en aquellos sectores donde las mujeres estén infrarrepresentadas;

[...]

12. Considera que la simplificación legislativa no debe encubrir una desregulación de las disposiciones en materia de salud y seguridad; por el contrario, debe evaluarse la coherencia de las disposiciones existentes; el papel de las partes (especialmente las autoridades públicas y los representantes de los trabajadores) debe definirse más claramente; los convenios de la OIT deben tenerse más en cuenta; las tareas de la vigilancia sanitaria deben clarificarse de una forma más general de lo que lo están actualmente, de forma fragmentada e incoherente, en las diferentes directivas; y debe establecerse una perspectiva de integración de la dimensión de género como una cuestión horizontal;

[...]

30. Acoge con satisfacción el nuevo énfasis de la Comisión en la inclusión de la perspectiva de la salud y la seguridad en otras políticas comunitarias y pide a la Comisión que incluya, en su plan de acción sobre la estrategia, un plan claro para la inclusión de la perspectiva de la salud y la seguridad laborales en todos los ámbitos legislativos y no legislativos relevantes, tanto en su Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales como en otras direcciones generales; [...]».

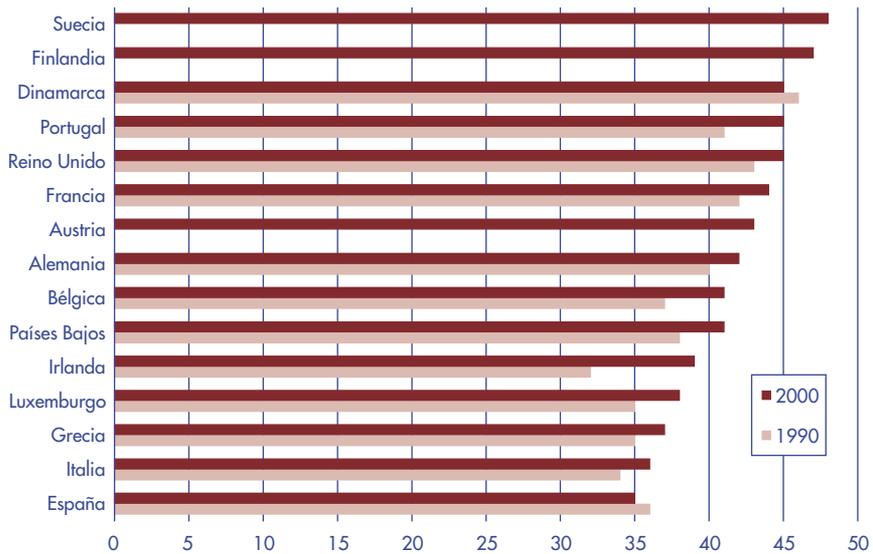
Fuentes: Textos del Parlamento Europeo aprobados en la reunión del miércoles 23 de octubre de 2002 [P5_TA-PROV(2002)10-23, texto P5_TA-PROV(2002)0499], «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo» (A5-0310/2002 — Ponente: Stephen Hughes).

Resolución del Parlamento Europeo sobre la Comunicación de la Comisión «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)» [COM(2002) 118 — C5-0261/2002-2002/2124(COS)].

Sitio web del Parlamento Europeo (<http://www.europarl.europa.eu/omk/sipade3?L=FR&OBJID=3904&MODE=SIP&NAV=X&LSTDOC=N>).

ANEXO 5. DATOS ESTADÍSTICOS RELACIONADOS CON EL GÉNERO Y EL EMPLEO EN LA UNIÓN EUROPEA

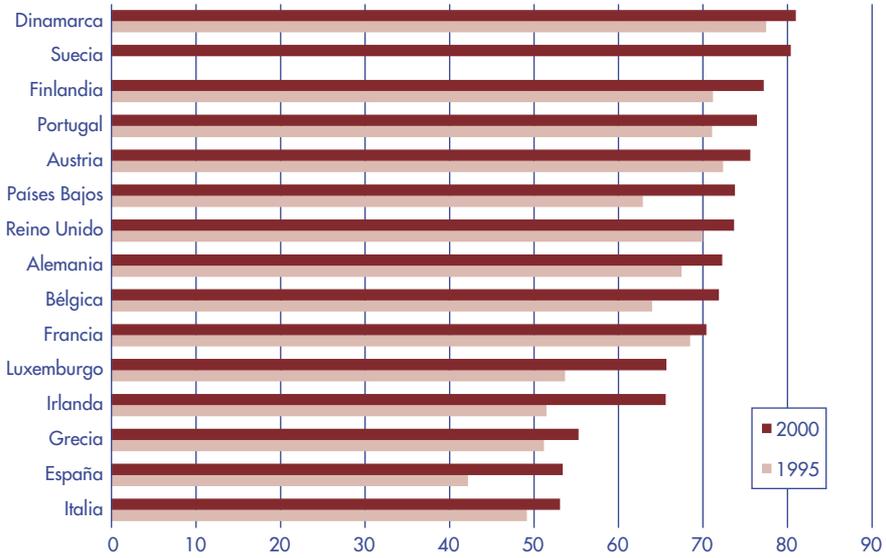
Gráfico 1. Empleo femenino en porcentaje del total de empleo, 1990 y 2000 (¹)



(¹) En 1990, Suecia, Finlandia y Austria no eran todavía Estados miembros; la información disponible relativa a estos países solo es del año 2000.

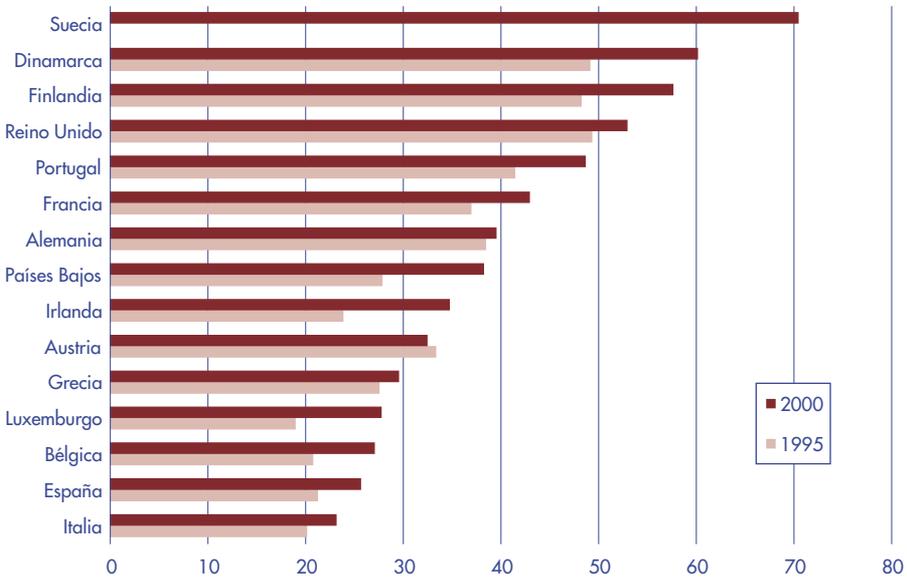
Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Gráfico 2. Tasa de empleo de mujeres de entre 25 y 49 años de edad, en 1995 y 2000, en la Unión Europea (%)



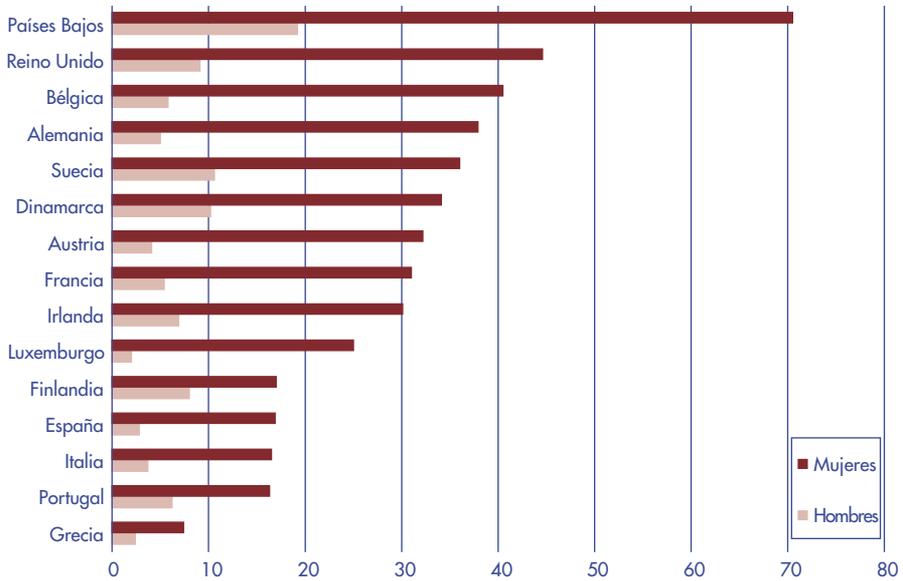
Fuente: Anuario Eurostat 2002.

Gráfico 3. Tasa de empleo de mujeres de entre 50 y 64 años de edad, en 1995 y 2000, en la Unión Europea (%)



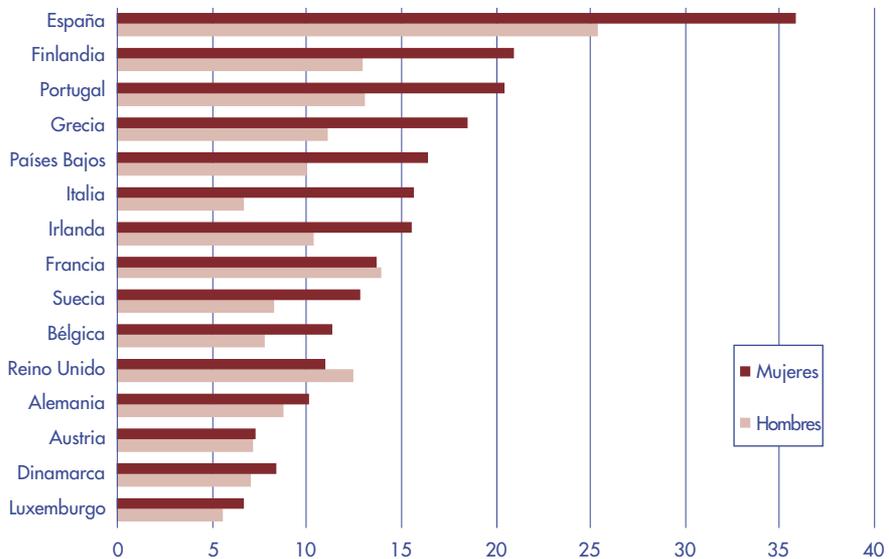
Fuente: Anuario Eurostat 2002.

Gráfico 4. Empleo a tiempo parcial en porcentaje del total de empleo, 2000



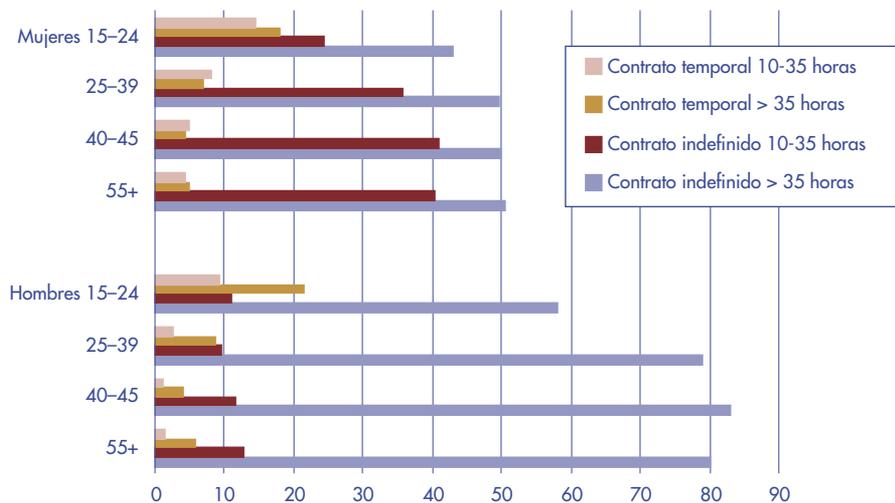
Fuente: Indicadores básicos de empleo 2000/Sitio web de la Comisión Europea sobre igualdad de género: «Statistics on gender issues — Part-time employment».

Gráfico 5. Porcentaje de trabajadores con un contrato temporal por género y país, 2000



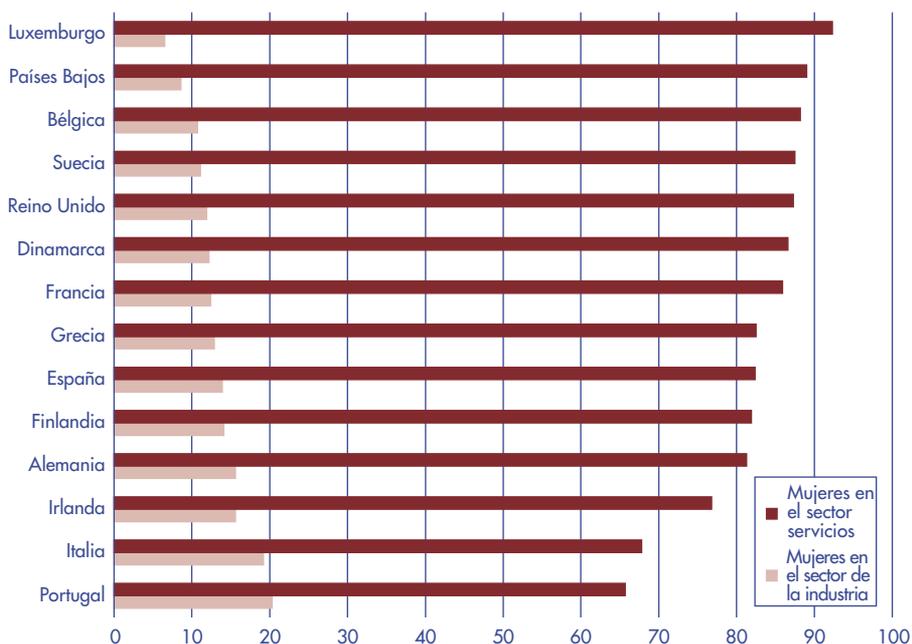
Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Gráfico 6. Situación laboral en la Unión Europea por edad y género: porcentajes de trabajadores con distintos tipos de contratos de trabajo, 2000



Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Gráfico 7. Empleo femenino en porcentaje del total de empleo por sector; servicios e industria, 2000



Fuente: Empleo en Europa/Sitio web de la Comisión Europea sobre igualdad de género: «Statistics on gender issues — Gender segregation in the labour market».

Cuadro 1. Segregación en función del género por sector industrial en la Unión Europea

Porcentaje de puestos de trabajo en cada sector ocupados por hombres y mujeres a tiempo completo y a tiempo parcial

Sectores NACE (¹)	Hombres			Mujeres			Total
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
Construcción	86	5	91	6	3	9	100
Extracción	82	2	84	16	..	16	100
Servicios públicos	78	6	84	13	3	16	100
Transporte, comunicaciones	68	7	75	16	9	25	100
Manufactura	68	5	73	20	7	27	100
Agricultura	55	10	66	24	10	34	100
Servicios financieros	51	7	58	27	15	42	100
Administración pública	51	5	56	30	14	44	100
Comercios, hoteles, servicios de alimentación	41	6	47	30	23	53	100
Otros servicios comunitarios	36	8	44	29	27	56	100
Educación sanitaria	19	6	25	40	35	75	100
Tareas domésticas y extraterritoriales	2	3	5	35	60	95	100
Empleo total	50	6	56	26	18	44	100

Clave: TC = Tiempo completo — TP = Tiempo parcial (menos de 35 horas semanales) — Todos = TC + TP

(¹) NACE: nomenclatura general de actividades económicas de las Comunidades Europeas.

Los sectores se ordenan según el grado de segregación mayoritariamente masculina. «..» indica «menos de 0,5 %».

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 2. Presencia femenina en cada grupo ocupacional por país, 2000

Porcentaje de mujeres de cada gran grupo ocupacional CIUO (¹) y de todos los empleos, por país

Estado miembro	Miembros de los cuerpos legislativos y personal directivo de la Administración pública y de empresas	Profesionales	Técnicos y profesionales de nivel medio	Empleados de oficina	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios	Agricultores y trabajadores cualificados de explotaciones agropecuarias y pesqueras	Oficiales, operarios y artesanos	Operadores de instalaciones, operadores de máquinas y montadores	Trabajadores no cualificados	Todos
Finlandia	30	40	72	87	66	44	14	15	65	49
Suecia	32	57	54	61	74	38	8	16	71	48
Países Bajos	41	55	49	67	72	5	6	18	59	48
Reino Unido	37	58	37	75	75	—	7	13	45	47
Dinamarca	35	50	68	64	65	17	9	21	35	46
Francia	46	45	46	79	72	29	12	20	56	46
Portugal	42	52	30	66	58	36	23	61	71	46
Austria	38	37	57	68	78	50	11	23	51	46
Alemania	25	38	58	71	74	37	11	17	51	45
Bélgica	38	56	48	60	63	20	12	14	40	43
Irlanda	35	51	44	73	58	20	7	38	26	43
Grecia	45	54	26	61	51	46	16	3	53	41
España	33	49	62	68	39	25	19	11	49	39
Italia	39	54	34	51	60	25	16	14	45	38

(¹) CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

N.B.: Los países han sido clasificados según el porcentaje total de mujeres. No se ofrecen datos en relación con el ejército, Luxemburgo o la agricultura en el Reino Unido debido a las limitaciones de tamaño de la muestra. Los datos se basan en las muestras nacionales originales, antes de ser adaptados conforme al tamaño relativo del país. Las celdas resaltadas indican dónde el porcentaje de mujeres es 5 puntos inferior en relación con el porcentaje del total de empleo en el país en cuestión. Las celdas en rojo indican dónde el porcentaje de mujeres se sitúa 5 puntos por encima de su cuota de empleo en el país en cuestión.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 3. Segregación laboral del empleo masculino y femenino en la Unión Europea

Porcentaje de los empleos en cada ocupación ejercidos por hombres y mujeres en trabajos a tiempo completo y a tiempo parcial

Grupos de trabajo CIUO (*)	Hombres			Mujeres			Total
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la Administración pública y de empresas	58	5	63	30	7	37	100
11 Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la Administración pública	71	1	72	23	6	28	100
12 Directores de empresas	66	5	71	23	6	29	100
13 Directores de pequeñas empresas	53	5	58	35	7	42	100
2. Profesionales científicos e intelectuales	41	9	50	27	23	50	100
21 Ciencias físicas, químicas y matemáticas e ingeniería	75	6	81	16	3	19	100
22 Ciencias biológicas, medicina y salud	30	3	33	41	26	67	100
23 Enseñanza	21	14	35	26	39	65	100
24 Otros profesionales	57	7	64	25	11	36	100
3. Técnicos y profesionales de nivel medio	46	6	52	31	17	48	100
31 Profesionales de nivel medio de las ciencias físicas y la ingeniería	75	3	78	17	5	22	100
32 Profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud	17	3	20	50	30	80	100
33 Maestros e instructores de nivel medio	21	10	31	30	38	69	100
34 Otros técnicos y profesionales de nivel medio	52	8	60	26	14	40	100
4. Empleados de oficina	28	3	31	45	24	69	100
41 Oficinistas	29	3	32	46	22	68	100
42 Empleados en trato directo con el público	26	2	28	40	32	72	100
5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios	28	5	33	33	34	67	100
51 Trabajadores de los servicios de protección	30	5	35	33	32	65	100
52 Modelos, vendedores y demostradores	25	6	31	33	36	69	100
6. Trabajadores cualificados de explotaciones agropecuarias y pesqueras	59	10	69	22	8	31	100
7. Oficiales, operarios y artesanos	83	4	87	9	3	13	100
71 Oficiales y operarios de las industrias extractivas y de la construcción	92	6	98	2	..	2	100
72 Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines	91	5	96	4	..	4	100
73 Mecánicos de precisión, artesanos y operarios de artes gráficas	75	4	79	15	6	21	100
74 Alimentos, textiles y procesamiento de la madera	63	3	66	24	10	34	100
8. Operadores de instalaciones, operadores de máquinas y montadores	77	6	83	14	3	17	100
81 Operadores de instalaciones fijas y afines	82	3	85	15	..	15	100
82 Operadores de máquinas y montadores	65	4	69	25	6	31	100
83 Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles	85	10	95	3	2	5	100
9. Trabajadores no cualificados	41	9	50	22	28	50	100
91 Limpiadores, personal doméstico, basureros, vendedores callejeros	32	9	41	22	37	59	100
92 Peones agropecuarios, forestales, pesqueros y afines	27	15	42	44	14	58	100
93 Otros peones	67	8	76	16	8	24	100
0. Fuerzas armadas	90	2	92	7	1	8	100
Todos los empleos	50	6	56	26	18	44	100

Clave: TC = Tiempo completo — TP = Tiempo parcial (menos de 35 horas semanales) — Total = TC + TP

(*) CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

La clasificación CIUO se presenta para nueve grandes grupos laborales (clasificación mononumérica) y para la subcategoría de segundo nivel que existe en estos grupos (clasificación de dos dígitos). «..» indica «menos de 0,5 %».

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

ANEXO 6. DATOS DE LA TERCERA ENCUESTA EUROPEA SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO

Fuente: Estos cuadros y cifras, en los que se presentan datos de la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo desglosados por sexo, están tomados de Fagan y Burchell (2002).

Clave de los cuadros:

TC = Tiempo completo — TP = Tiempo parcial (menos de 35 horas semanales) — Total = TC + TP

Cuadro 1. Intimidación y discriminación en el trabajo

Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo que han respondido que en los últimos 12 meses	Hombres			Mujeres			Todo
	TC	TP	Todo	TC	TP	Todo	
Han sufrido personalmente violencia o intimidación	9	8	9	13	12	12	11
Conocen a otros que han sufrido violencia o intimidación	15	14	15	19	19	19	17
Han sufrido discriminación	5	6	5	8	7	8	6
Conocen a otros que han sufrido discriminación	10	9	10	11	9	11	10
Todos	39	37	39	51	47	50	44

N.B.: Las preguntas planteadas fueron: «En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido o no en el trabajo [...] por parte de compañeros u otras personas en su trabajo?». Y: «En su lugar de trabajo, ¿tiene conocimiento de la existencia de [...]?», seguido de una lista de cuestiones. La medición de la discriminación incluye aspectos como el sexo, la edad, la nacionalidad, el origen étnico, la discapacidad y la orientación sexual.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 2. Exposición a peligros ambientales materiales y físicos por género

Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo que afirman haber estado expuestos a estas condiciones de trabajo al menos durante la mitad de su tiempo de trabajo	Hombres			Mujeres			Todos
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
Ruido alto	27	18	26	12	10	11	20
Vibraciones de herramientas de mano, máquinas, etc.	24	14	23	9	5	7	16
Inhalación de vapores, humos, polvo o sustancias peligrosas	21	15	20	11	7	9	15
Altas temperaturas	17	15	17	11	11	11	14
Bajas temperaturas	17	16	16	7	6	7	12
Manejo de productos o sustancias peligrosas	12	8	12	7	6	6	9
Radiación	4	3	4	3	1	2	3
Escala resumida de exposición ambiental:							
Puntuación alta	45	31	44	23	18	21	34
Puntuación media	30	36	30	35	35	35	32
Exposición nula	25	33	26	42	47	44	34
Total	100	100	100	100	100	100	100

N.B.: La escala relativa a la «exposición ambiental» se basa en la suma de los siete elementos enumerados en el cuadro, donde el grado de exposición de cada elemento se ha medido con arreglo a una escala de siete puntos que va desde «todo el tiempo» hasta «nunca».

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 3. Condiciones ergonómicas por género

Porcentaje de participantes de la Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo que afirman estar expuestos a estas condiciones de trabajo durante al menos la mitad de su tiempo de trabajo	Hombres			Mujeres			Todos
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
Movimientos repetitivos de manos o brazos	48	43	47	48	44	46	47
Posiciones que producen dolor o cansancio	33	30	33	35	29	33	33
Transporte o desplazamiento de cargas pesadas	28	24	28	18	16	17	23
Escala resumida de las condiciones ergonómicas peligrosas:							
Puntuación alta	27	24	27	25	19	22	30
Puntuación media	46	40	45	44	47	45	45
Exposición nula	27	36	28	31	34	32	25
Total	100	100	100	100	100	100	100

N.B.: La escala relativa a las «condiciones ergonómicas peligrosas» se basa en la suma de los tres elementos enumerados en el cuadro, donde el grado de exposición de cada elemento se ha medido con arreglo a una escala de siete puntos que va desde «todo el tiempo» hasta «nunca».

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 4. Exposición a peligros materiales, físicos y ergonómicos en función del género y de la situación laboral

Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo que notifican un alto grado de exposición a peligros materiales, físicos y ergonómicos

Grupo de situación laboral	Peligros materiales y físicos		Peligros ergonómicos		Tareas repetitivas de menos de 10 minutos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Trabajos directivos no manuales	23	17	12	16	37	42
Trabajos profesionales no manuales	19	20	8	15	33	36
Trabajos administrativos y de servicios no manuales	20	13	17	19	46	47
Trabajos manuales artesanos y otros trabajos afines	72	49	41	48	53	68
Trabajos manuales de operario o peón	60	36	43	40	55	60
Todos	44	21	27	22	46	48

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo

Cuadro 5. Indicadores selectivos de las exigencias de cualificaciones en los trabajos de hombres y mujeres en función de la situación laboral (¹)

Grupo de situación laboral	Porcentaje de hombres cuyo trabajo implica:				Porcentaje de la disparidad de género (mujeres-hombres) (²)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Trabajos directivos no manuales	76	46	39	73	-6	-13	-3	-13
Trabajos profesionales no manuales	81	53	33	31	0	-1	-8	-14
Trabajos administrativos y de servicios no manuales	64	32	36	21	-7	-8	0	-11
Trabajos manuales artesanos y otros trabajos afines	64	36	37	23	-17	-49	-5	-1
Trabajos manuales de operario o peón	46	19	35	8	-23	-11	-8	-3
Todos	65	37	36	26	-4	-7	-7	-10

Clave: A = Resolución de problemas y aprendizaje
 B = Solo tareas complejas
 C = Trabajo en equipo y rotación de tareas
 D = Amplias responsabilidades de planificación

(¹) Estos indicadores se derivan de las preguntas relacionadas con la resolución de problemas; tareas monótonas y/o complejas; planificación de la producción, personal y/o tiempo de trabajo; rotación de tareas y/o trabajo en equipo.

(²) La diferencia relativa a la «disparidad de género» es la diferencia porcentual que se obtiene al restar a la puntuación femenina la puntuación masculina. El signo negativo («-») indica que hay menos mujeres que trabajan en este grupo de situación laboral.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 6. El grado de autonomía en los trabajos de hombres y mujeres en función de la situación laboral

Autonomía en el trabajo	Porcentaje con un alto grado de autonomía en el desempeño de tareas					
	Hombres			Mujeres		
	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
Trabajos directivos no manuales	7	20	73	8	25	68
Trabajos profesionales no manuales	10	37	53	14	50	36
Trabajos administrativos y de servicios no manuales	24	38	39	30	37	33
Trabajos manuales artesanos y otros trabajos afines	28	33	40	25	28	47
Trabajos manuales de operario o peón	45	31	23	40	34	27
Todos	25	33	42	25	39	36

Autonomía en el tiempo de trabajo	Porcentaje con un alto grado de autonomía en el uso del tiempo de trabajo					
	Hombres			Mujeres		
	Ninguna	Alguna	Ambos	Ninguna	Alguna	Ambos
Trabajos directivos no manuales	9	24	67	9	25	66
Trabajos profesionales no manuales	25	28	47	41	30	29
Trabajos administrativos y de servicios no manuales	32	35	33	34	37	29
Trabajos manuales artesanos y otros trabajos afines	34	33	33	34	26	41
Trabajos manuales de operario o peón	44	37	20	48	31	21
Todos	31	32	37	36	33	31

N.B.: La escala relativa a la «autonomía en el trabajo» incluye los métodos de trabajo, la velocidad, la ordenación de las tareas y las pausas. Una baja autonomía se refiere a la autonomía en uno o ninguno de los cuatro puntos enumerados; una alta autonomía se refiere a la autonomía en los cuatro puntos.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 7. Percepciones de las repercusiones sanitarias en los índices de empleo y absentismo

Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo que notifican lo siguiente:	Hombres			Mujeres			Todos
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
El trabajo afecta a su salud de algún modo	62	55	61	61	53	58	60
El trabajo mejora su salud	1	1	1	1	2	2	1
El trabajo pone en peligro su salud o seguridad	32	25	31	24	19	22	27
Absentismo en los últimos 12 meses:							
Al menos un día debido a un accidente laboral	10	6	9	6	5	6	8
<i>En caso de absentismo, media de días de ausencia</i>	21	15	22	21	23	21	21
Al menos durante un día por problemas de salud de origen laboral	10	7	10	12	9	10	10
<i>En caso de absentismo, media de días de ausencia</i>	18	19	18	17	25	20	19
Al menos durante un día por otros problemas de salud	34	29	33	40	34	36	35
<i>En caso de absentismo, media de días de ausencia</i>	11	14	12	13	13	13	12

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 8. Evaluaciones del impacto que el trabajo tiene sobre la salud de hombres y mujeres

Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo que afirman padecer los siguientes problemas de salud debidos a sus condiciones de trabajo	Hombres			Mujeres			Todos
	TC	TP	Todos	TC	TP	Todos	
Problemas auditivos	11	6	10	3	2	3	7
Problemas de visión	9	8	9	10	5	8	8
Problemas alérgicos (alergias, problemas de piel, dificultades respiratorias)	10	8	10	9	7	8	9
Problemas musculares (dolor lumbar y otros dolores musculares)	30	24	29	33	26	30	30
Problemas relacionados con el estrés (cefaleas, dolores estomacales, enfermedades coronarias, ansiedad, irritabilidad, problemas de sueño, «estrés»)							
Un síntoma	20	17	19	18	16	16	19
Al menos dos síntomas	25	23	25	29	19	27	25
Total con algunos síntomas de estrés	45	40	44	47	35	43	44

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 9. Responsabilidades domésticas de trabajadores y trabajadoras en la Unión Europea

Situación familiar	Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo que en casa:		
	Son los principales contribuyentes a los ingresos domésticos (¹)	Son los principales responsables de las tareas domésticas y la compra (²)	Cuidan a diario de los hijos o de familiares mayores (³)
Hombres			
Casados/que viven en pareja	91	11	57
Casados/que viven en pareja, sin hijos en casa	89	12	11
Sin pareja, sin hijos en casa	53	43	4
Total de trabajadores	77	20	25
Mujeres			
Casadas/que viven en pareja	19	93	88
+ trabajo a tiempo completo	24	92	86
+ trabajo a tiempo parcial	13	95	89
Casadas/que viven en pareja, sin hijos en casa	22	91	23
Sin pareja, sin hijos en casa	56	59	11
Total de trabajadoras	31	83	45

(¹) «Soy la persona que más contribuye a los ingresos domésticos en casa».

(²) «Soy el principal responsable de la compra diaria y del cuidado de la casa».

(³) «Paso al menos una hora diaria cuidando a los hijos o a familiares mayores».

N.B.: Por hijos dependientes se entiende hijos menores de 15 años que viven en la misma casa. Los padres sin hijos no se muestran por separado, sino que se incluyen en las cifras totales.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

Cuadro 10. Otras actividades distintas de las laborales y de las responsabilidades domésticas realizadas por los trabajadores y las trabajadoras en la Unión Europea

Situación familiar	Porcentaje de participantes en la Tercera Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo que realizan regularmente:		
	Actividades de ocio, deportivas o culturales durante la semana ⁽¹⁾	Actividades educativas o cursos de formación fuera del trabajo ⁽²⁾	Actividades de carácter cívico durante el año ⁽³⁾
Hombres			
Casados/que viven en pareja	66	9	34
Casados/que viven en pareja, sin hijos en casa	64	8	32
Sin pareja, sin hijos en casa	79	12	25
Total de trabajadores	69	10	31
Mujeres			
Casadas/que viven en pareja	57	10	29
+ <i>trabajo a tiempo completo</i>	53	10	28
+ <i>trabajo a tiempo parcial</i>	62	10	31
Casadas/que viven en pareja, sin hijos en casa	61	11	31
Sin pareja, sin hijos en casa	71	22	29
Total de trabajadoras	62	13	30

(¹) Actividades de ocio, deportivas o culturales durante la semana (téngase en cuenta que los propios encuestados definieron lo que consideraban «ocio» o «actividades culturales», y el ocio puede incluir el descansar o ver la televisión, así como actividades más estructuradas).

(²) Actividades educativas o cursos de formación, al menos una vez al mes.

(³) Actividades de voluntariado, caritativas, políticas o sindicales durante el año.

N.B.: Por hijos dependientes se entiende hijos menores de 15 años que viven en la misma casa. Los padres sin hijos no se muestran por separado, sino que se incluyen en las cifras totales.

Fuente: Tercera Encuesta europea sobre condiciones de trabajo.

ANEXO 7. DATOS DE EUROSTAT SOBRE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DE HOMBRES Y MUJERES EN EL TRABAJO

Los siguientes cuadros se han tomado de la publicación *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 4/2002 (Dupré, 2002), Eurostat, Comisión Europea.

Las estadísticas europeas sobre accidentes laborales se basan en los registros recopilados por los Estados miembros referidos a accidentes laborales que implican una baja laboral de cuatro o más días. Los datos relativos a los problemas de salud relacionados con el trabajo proceden de las respuestas dadas en la Encuesta europea de población activa de 1999.

La tasa de incidencia se define como el número de accidentes laborales ocurridos en un año por cada 100 000 trabajadores. La tasa de preva-

lencia es el número de problemas de salud relacionados con el trabajo sufridos en los últimos 12 meses por cada 100 000 trabajadores. En este caso, la incidencia se mide con arreglo al equivalente a tiempo completo (ETC) (véase más abajo) a fin de tener en cuenta las diferencias relativas a las horas trabajadas tanto entre hombres y mujeres como entre trabajos en distintos sectores de actividad. El (ETC) se calcula ajustando el número de trabajadores en cada sector u ocupación en cada uno de los Estados miembros con arreglo a la media de horas semanales trabajadas por hombres y mujeres que trabajan a tiempo completo en la Unión Europea en su conjunto. Este cálculo difiere del procedimiento que se emplea habitualmente para definir el ETC con arreglo a las horas a tiempo completo trabajadas en cada Estado miembro por separado, ya que el objetivo es corregir las diferencias relativas al tiempo de trabajo entre Estados miembros, así como entre hombres y mujeres, tipos de actividad y ocupaciones. No se dispone de información equivalente de todos los Estados miembros. Para más detalles, véase Dupré (2002).

Códigos de los países:

B: Bélgica — DK: Dinamarca — D: Alemania — EL: Grecia — E: España — F: Francia — IRL: Irlanda — I: Italia — L: Luxemburgo — NL: Países Bajos — A: Austria — P: Portugal — FIN: Finlandia — S: Suecia — UK: Reino Unido — EU: Unión Europea

Gráfico 1. Tasa de incidencia de accidentes laborales sufridos por hombres en comparación con mujeres, 1998

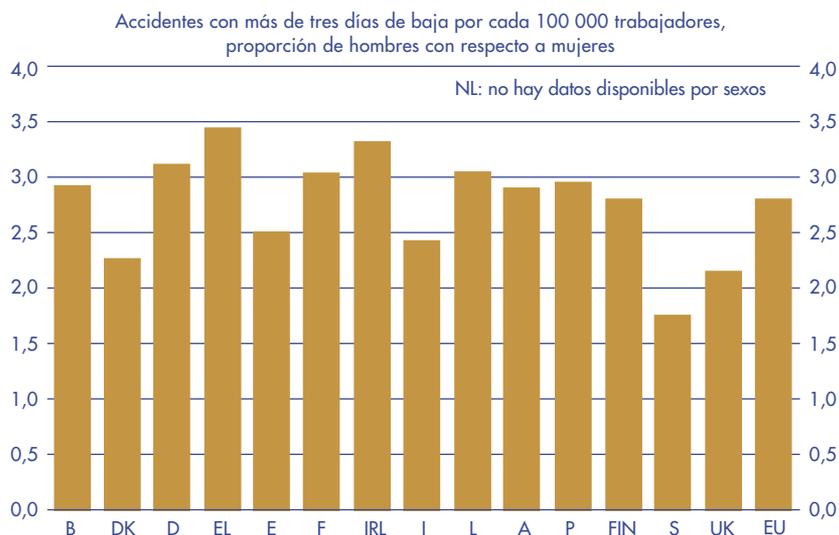


Gráfico 2. Tasa de incidencia de accidentes laborales sufridos por hombres en comparación con mujeres con arreglo al ETC, normalizada para una estructura sectorial, 1998 (más de tres días de baja)

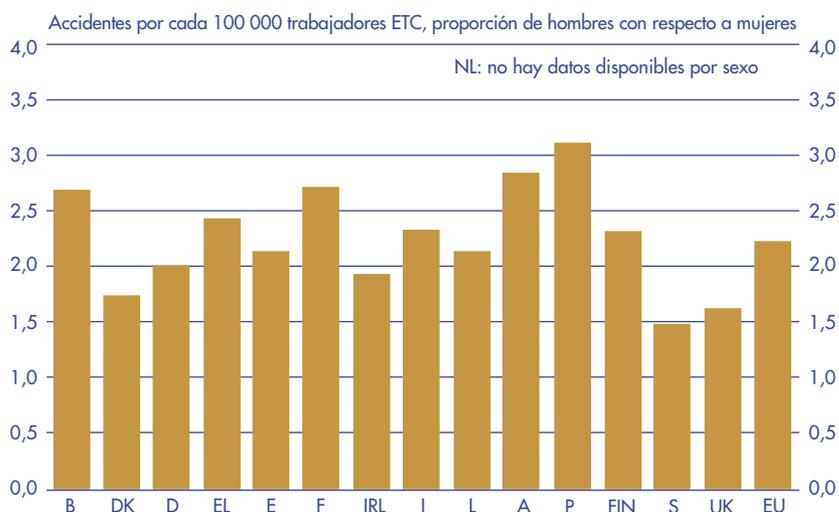


Gráfico 3. Tasas de incidencia normalizadas de accidentes laborales de hombres y mujeres en relación con el empleo ETC por sector en la Unión Europea, 1998 (más de tres días de baja)

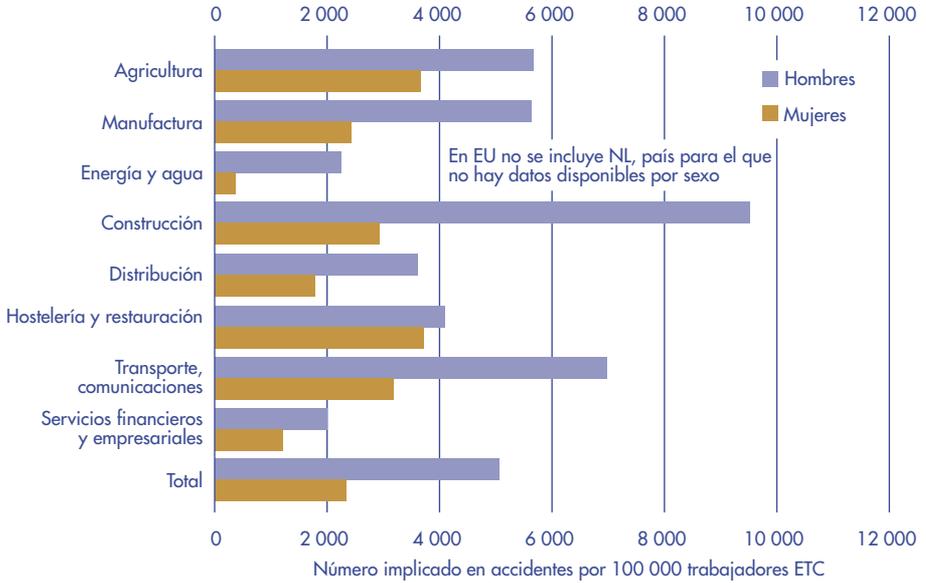
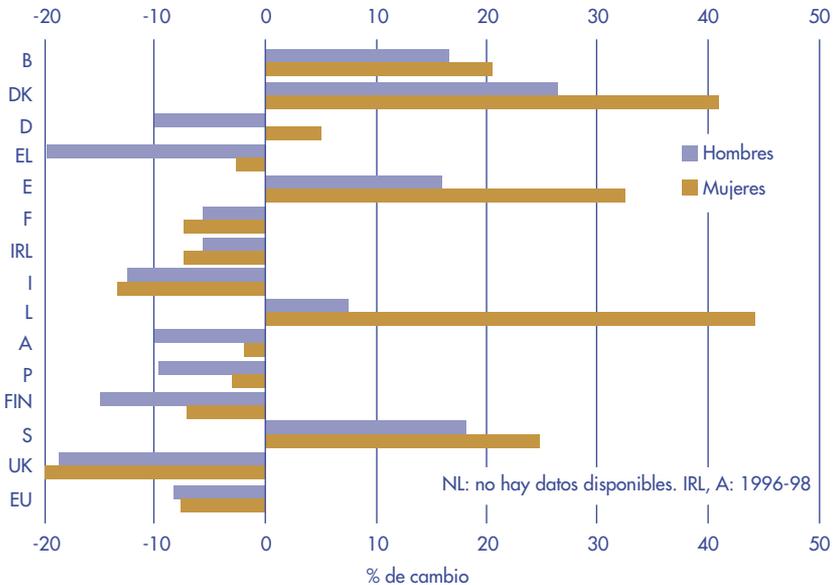


Gráfico 4. Cambios en las tasas de incidencia normalizadas de accidentes laborales de hombres y mujeres, 1994-1998 (más de tres días de baja)



Cuadro 1. Tasas de incidencia de accidentes laborales de hombres en comparación con mujeres por sector de actividad, 1998

Número implicado en accidentes laborales con más de tres días de baja por cada 100 000 trabajadores ETC, proporción de hombres con respecto a mujeres

Sector	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	A	P	FIN	S	UK	EU
Agricultura	1,6	1,0	1,5	3,7	1,2	1,4	2,3	1,2	0,9	2,0	3,1	2,7	0,9	1,7	1,5
Manufactura	2,7	1,7	2,0	2,4	2,4	2,4	1,6	3,0	1,4	2,6	3,8	2,4	1,5	1,9	2,3
Energía y agua	2,5	3,8	22,4	8,9	3,2	5,1	:	3,3	:	2,1	0,7	6,4	3,2	8,3	6,7
Construcción	8,8	4,4	2,4	2,5	2,6	11,1	1,3	6,4	:	7,4	2,4	3,6	3,8	4,2	3,3
Distribución	2,3	1,6	2,6	2,0	2,1	2,0	2,0	2,5	2,2	2,3	3,2	1,6	1,1	1,0	2,1
Hostelería y restauración	0,9	1,1	1,1	1,4	1,0	1,1	0,6	0,6	0,9	1,4	7,7	1,7	0,7	0,9	1,1
Transporte, comunicaciones	2,9	1,1	2,2	3,6	2,7	3,0	4,9	1,9	4,0	2,7	1,1	2,2	1,4	2,0	2,2
Servicios financieros y empresariales	2,4	1,2	0,6	2,9	1,3	2,5	1,3	1,4	2,3	2,8	4,2	1,8	1,3	1,2	1,7
Total	2,7	1,7	2,0	2,4	2,1	2,7	1,9	2,3	2,1	2,8	3,1	2,3	1,5	1,6	2,2

N.B.: En EU no se incluye NL, país para el que no hay datos disponibles por sexo.

Gráfico 5. Tasas de incidencia de accidentes laborales de hombres en comparación con mujeres normalizadas conforme a la estructura profesional, 1999

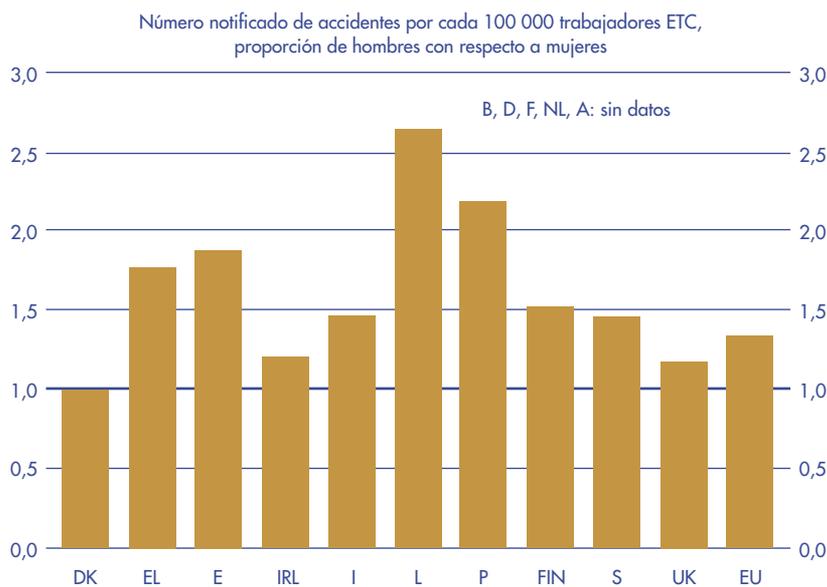
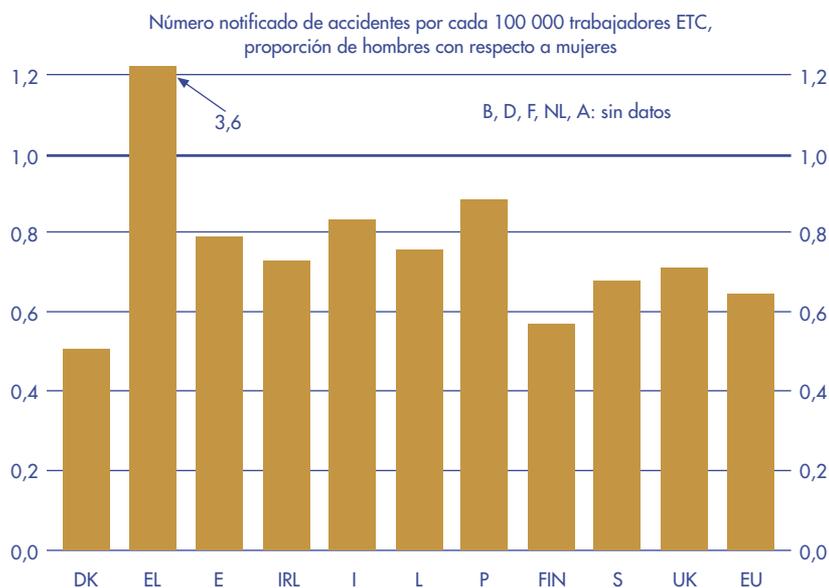


Gráfico 6. Tasas de prevalencia de dolencias relacionadas con el trabajo de hombres en comparación con mujeres, normalizadas por profesión, 1999



Cuadro 2. Tasas de prevalencia de dolencias relacionadas con el trabajo por profesión, 1999

Proporción de hombres con respecto a mujeres											
Principales profesiones (CIUO) (*)	DK	EL	E	IRL	I	L	P	FIN	S	UK	EU
Directivos, profesionales, técnicos	0,4	1,0	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,5
Trabajadores de oficina	0,9	:	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,6	1,0	0,8	0,7
Trabajadores de comercios y servicios	0,5	:	0,7	0,6	1,0	0,8	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5
Trabajadores manuales cualificados	0,5	2,4	0,6	1,1	0,9	0,6	0,9	0,6	0,6	1,0	0,8
Trabajadores no cualificados	0,5	1,4	0,9	0,5	0,7	2,1	1,3	0,5	1,1	0,8	0,7
Total normalizado	0,5	3,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,6

(*) CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

N.B.: En EU no se incluyen B, D, F, NL ni A, para los que no existen datos ni desglose por profesión.

Cuadro 3. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por distintos tipos de dolencias relacionadas con el trabajo, 1999

Porcentaje de hombres y mujeres por tipo de dolencia notificada como la más grave										
Tipo de dolencia	DK	EL	E	I	L	P	FIN	S	UK	EU
Hombres										
Problema óseo, de articulación o muscular	57,3	38,8	53,0	50,3	44,3	45,6	58,6	59,7	44,1	51,4
Estrés, depresión o ansiedad	8,4	10,7	7,3	12,6	7,3	15,2	11,2	14,2	30,5	16,5
Problema respiratorio o pulmonar	4,8	17,5	12,6	10,3	12,6	11,3	11,8	5,8	3,7	8,4
Enfermedad coronaria o infarto u otros problemas del sistema circulatorio	2,5	0,0	11,2	5,4	9,0	6,3	5,1	3,6	3,2	5,4
Problema auditivo	1,9	4,9	2,3	8,3	2,5	4,5	4,2	3,8	2,5	4,2
Cefalea y/o tensión ocular	3,3	9,2	2,1	4,4	7,7	2,3	1,6	1,7	2,9	2,8
Problema de piel	1,6	14,1	1,1	3,2	3,7	4,4	2,9	1,0	2,5	2,4
Enfermedad infecciosa (virus, bacteria u otro tipo de infección)	3,3	0,0	1,6	3,0	6,1	2,2	1,2	1,2	2,8	2,3
Otros tipos de dolencia	16,8	4,9	8,7	2,5	6,8	8,2	3,3	9,0	7,8	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
WMujeres										
Problema óseo, de articulación o muscular	63,4	:	66,1	48,3	33,6	26,8	63,9	60,7	40,4	54,4
Estrés, depresión o ansiedad	9,3	:	8,7	17,0	13,7	34,3	11,5	20,6	36,5	20,2
Problema respiratorio o pulmonar	2,5	:	5,3	9,4	13,6	13,1	10,4	3,2	4,5	6,4
Cefalea y/o tensión ocular	3,9	:	2,1	6,6	8,0	7,5	2,5	1,7	4,5	3,7
Enfermedad infecciosa (virus, bacteria u otro tipo de infección)	3,1	:	1,4	5,3	9,1	0,8	1,4	1,9	3,6	2,8
Problema de piel	2,3	:	1,3	3,7	1,1	4,2	3,7	2,3	1,9	2,6
Enfermedad coronaria o infarto u otros problemas del sistema circulatorio	1,0	:	6,1	3,3	7,4	1,9	2,8	1,4	1,4	2,5
Problema auditivo	1,4	:	0,4	2,8	0,4	0,5	0,8	0,8	0,4	1,0
Otros tipos de dolencia	13,1	:	8,7	3,6	13,0	10,9	2,9	7,4	6,8	6,4
Total	100,0	:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N,B,: En EU no se incluyen B, D, EL (solo mujeres), F, IRL, NL, A, para los que no existen datos ni desglose por sexo,

ANEXO 8. LOS PELIGROS LABORALES Y EL GÉNERO A NIVEL INTERNACIONAL

A escala internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y otras organizaciones han emprendido una serie de actividades con el fin de analizar las cuestiones de género en relación con los peligros laborales.

El porcentaje medio de mujeres que participan en el mercado de trabajo es superior al 40 %. La tendencia general que se observa es el creciente número de mujeres en trabajos remunerados. Sin embargo, la mayoría de los países registra unas tasas de desempleo superiores en el caso de las mujeres que en el de los hombres. La mayoría de mujeres en el mundo sigue trabajando en el sector agrícola, a menudo colaborando en el negocio familiar sin obtener remuneración a cambio, aunque muchas han encontrado nuevas oportunidades laborales con mejores salarios en la industria y en el sector servicios. Cada vez hay más mujeres que ocupan puestos directivos y que poseen o dirigen un porcentaje significativo de pequeñas empresas y de microempresas en muchos países. Además, las mujeres han ascendido a categorías superiores hasta ocupar un buen número de puestos cualificados y directivos.

vos. No obstante, siguen concentradas en los niveles inferiores y medios de las empresas y, salvo contadas excepciones, rara vez escalan hasta las posiciones más altas, ya sea en el sector privado o en el público.

Los avances hacia la igualdad entre hombres y mujeres son irregulares y la discriminación sigue dominando en el mundo del trabajo. Las mujeres siguen concentrándose de forma desproporcionada en trabajos poco cualificados y mal retribuidos. Son mayoría en los trabajos a tiempo parcial, temporales o desde casa.

Los riesgos laborales que afectan a las mujeres están relacionados con el tipo de trabajo que suelen realizar. Estos incluyen la falta de medidas de seguridad y salud o la ausencia de servicios, junto con largas jornadas laborales, máxime en el caso de las tareas domésticas. Asimismo, son comunes los daños y riesgos para la salud reproductiva derivados de la exposición a pesticidas perjudiciales y al duro trabajo físico durante el cultivo y la recolección de cosechas. Por otra parte, si bien es cierto que, en todos los ámbitos de la vida, las mujeres tienen que asumir más responsabilidades por el cuidado de la familia y de la casa, un número creciente de hombres en distintos países está empezando a desempeñar un papel más importante en este sentido. Los mayores niveles de estrés, la fatiga crónica y el envejecimiento prematuro que padecen las mujeres pueden atribuirse a la «doble jornada» o al esfuerzo por compaginar el trabajo y las exigencias familiares.

Las mujeres que se dedican a la agricultura, al igual que muchos otros trabajadores rurales, presentan una alta incidencia de daños y enfermedades, y la cobertura de los servicios sanitarios es insuficiente. Tradicionalmente se ha subestimado el papel de las mujeres en la agricultura. Hoy en día, las mujeres producen casi la mitad de los alimentos mundiales. Los ingresos medios de la mujer rural que trabaja en plantaciones se sitúan por debajo de los de los hombres. Muchas mujeres que trabajan en la

agricultura terminan realizando tareas que nadie más haría, como mezclar o aplicar pesticidas dañinos sin protección ni información adecuadas, por lo que sufren intoxicaciones y, en algunos casos, mueren. El trabajo duro durante el cultivo y la recolección de la cosecha puede generar una mayor incidencia de muertes fetales, partos prematuros y muerte del recién nacido o de la madre. Algunos estudios han demostrado que la carga de trabajo que suponen las tareas tradicionales femeninas —como la siembra, la recogida y el desbroce— es ligeramente mayor que la carga de trabajo de los hombres, debido al hecho de que estos cuentan con la ayuda de medios mecánicos durante el riego, el arrimo de tierra y el cultivo (sitio web de la OIT).

La discriminación de género también supone un obstáculo para que las mujeres rompan el ciclo de pobreza, sobre todo en el caso de hogares en los que el cabeza de familia es una mujer, lo

que es cada vez más normal en muchos países. Los mayores niveles de analfabetismo que sufren las mujeres, la falta de acceso a la educación y la formación en comparación con los hombres, así como su falta de representación en organizaciones políticas, afectan negativamente a sus opciones profesionales y a sus ganancias. Es importante abordar estas cuestiones, al igual que analizar y reconocer los distintos peligros y riesgos experimentados por hombres y mujeres en el contexto de globalización del mundo laboral y en el mercado de trabajo local. Es necesaria una política de compromiso sin ambages para luchar contra la discriminación, esto es, para garantizar que tanto hombres como mujeres se benefician de programas en materia de seguridad y salud laborales y de un marco jurídico y unas instituciones encargados de su aplicación y ejecución (Forastieri, 2000; véase asimismo la nota informativa de la OIT que figura más adelante).

Mujeres y pesticidas en Ucrania

Las mujeres en Ucrania constituyen el 54 % de la población rural y ejercen el 65 % de las tareas agrícolas. Sus condiciones de trabajo son peores que las de los hombres y suelen estar más involucradas en el uso de pesticidas, incluidos algunos obsoletos. Algunas de las tareas que desempeñan son cavar tierra contaminada con radionúclidos y residuos de pesticidas para plantar patatas, así como rociar los cultivos con pesticidas sin utilizar ropa de protección. Existen pruebas de que sufren enfermedades relacionadas con el uso de pesticidas, pero las propias mujeres desconocen los peligros. La producción intensiva sigue siendo la política dominante, lo que atrae a las principales empresas agroquímicas.

Una iniciativa para integrar las cuestiones de género en las actividades de protección del medio ambiente y de fomento del desarrollo sostenible, siendo las mujeres las que toman las decisiones, procede del Centro de Desarrollo Sostenible y la Investigación Biológica, organización no gubernamental, y lleva por nombre «Las mujeres en la educación agrícola». Entre sus actividades se incluyen el fomento de la agricultura sostenible, la reducción del uso de pesticidas como prioridad, la educación medioambiental, la sensibilización así como el fomento de la adopción de leyes y políticas destinadas a reducir el uso de pesticidas a nivel local y nacional.

Fuente: Stefanovska y Pidlisnuk (2002).

Las estrategias y políticas globales sobre seguridad y salud en el trabajo también deberían tener en cuenta, de forma específica, los problemas adicionales a los que se enfrentan las mujeres en el mundo en desarrollo, como el duro trabajo físico, la reconciliación del trabajo y la familia, métodos de trabajo menos desarrollados, roles sociales tradicionales y la pobreza. Los índices generales de

pobreza y analfabetismo que afectan a las mujeres trabajadoras en el mundo en desarrollo son incluso superiores a los que afectan a los hombres (OMS, 1994a; Kane, 1999a; véase también Bildt *et al.*, 2002).

La OIT ha elaborado un programa de trabajo llamado «Trabajo decente» para responder al

reto que plantea la globalización y para fomentar las oportunidades de mujeres y hombres a la hora de conseguir un trabajo decente y productivo. El objetivo de este programa es establecer un umbral de trabajo y empleo que englobe los derechos universales y que sea coherente con los valores y objetivos de la sociedad. La iniciativa «Trabajo decente» sitúa la igualdad de género y las cuestiones de desarrollo en el centro del programa de trabajo de la OIT (OIT, Oficina para la Igualdad de Género, 2000).

Ejemplos de estrategias y políticas mundiales en materia de seguridad y salud laborales a nivel mundial

En general, hay un creciente reconocimiento de la necesidad de prestar más atención a las cuestiones de género, y se aboga por la adopción de enfoques similares, en particular la integración de la dimensión de género en las políticas y actividades en materia de seguridad y salud laborales. A continuación se presentan algunos ejemplos extraídos de organismos internacionales.

Ejemplos de convenios de la OIT sensibles al género

El Convenio nº 171 sobre el trabajo nocturno (1990) muestra un cambio desde el concepto original de ofrecer protección a todas las mujeres hasta la idea de que la protección debe proporcionarse a todos los trabajadores. La exclusión general de las mujeres del trabajo nocturno podría tener un efecto negativo sobre sus opciones profesionales y cada vez se considera más discriminatoria, a menos que se justifique por motivos relacionados con la maternidad.

El Convenio nº 176 sobre el trabajo a domicilio (1996), que aborda un ámbito de trabajo en el que predominan las mujeres (según los estudios, cerca del 90 % de los trabajadores a domicilio son mujeres), establece las siguientes disposiciones: libertad de asociación, protección contra la discriminación, igualdad de retribución por un trabajo de igual va-

Comité conjunto OIT/OMS

El Comité conjunto OIT/OMS (Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud) reconoció en 1992 que existen necesidades concretas en materia de salud laboral de los trabajadores derivadas, entre otros factores, de la edad, las condiciones fisiológicas, el sexo, las barreras de comunicación y otros aspectos sociales. Este Comité aboga, como ámbito de acción prioritario, por el desarrollo de actividades destinadas a satisfacer dichas necesidades de forma individualizada, teniendo debidamente en cuenta la protección de la salud laboral de los trabajadores y sin dejar margen alguno para la discriminación (OIT, 1992).

OIT

La resolución de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1985 sobre la igualdad de oportunidades y de trato para los hombres y las mujeres en el empleo (véase más abajo) incluye algunos puntos sobre el entorno de trabajo, por ejemplo, que «hombres y mujeres deben estar protegidos contra los riesgos inherentes a su empleo y ocupación, a la luz de la evolución de

lor, protección por regímenes legales de seguridad social, protección en materia de seguridad y salud en el trabajo, edad mínima, protección de la maternidad y acceso a la formación.

Convenio nº 183 sobre la protección de la maternidad (2000). La novedad en esta norma reciente es la ampliación de la cobertura a todas las trabajadoras, una mayor protección frente al despido durante el embarazo o la baja por maternidad y tras el retorno al trabajo, la protección de la salud de la embarazada y de las madres lactantes y medidas para garantizar que la maternidad no constituye un motivo de discriminación en el trabajo.

El Convenio nº 184 sobre la seguridad y la salud en la agricultura (2001) destaca la importancia de proteger a los jóvenes y a las mujeres que trabajan, reconociendo el elevado número de mujeres que trabajan en la agricultura.

los conocimientos científicos y técnicos» y que debería prestarse más atención a la protección de la salud reproductiva tanto de hombres como de mujeres.

En 1989, la OIT organizó una reunión de expertos a tres bandas sobre «medidas especiales de protección para las mujeres e igualdad de oportunidades y de trato». La principal conclusión de los debates fue que tanto hombres como mujeres requieren una protección adecuada frente a los peligros que amenazan su seguridad y salud en el trabajo y frente a unas condiciones laborales deficientes. Las medidas especiales de protección para las mujeres son incompatibles con el principio de igualdad de oportunidades y de trato, a menos que se deriven de la condición biológica de la mujer. Es necesario seguir investigando las diferencias en la función reproductiva de mujeres y hombres. Otros puntos planteados durante la reunión fueron: la necesidad de cambiar las actitudes y prácticas básicas de la sociedad en lo que respecta a la igualdad de oportunidades y de trato; el reconocimiento de las cargas de trabajo adicionales de las mujeres; la necesidad de revisar toda la legislación sobre protección referida a las mujeres; la necesidad de justificar toda la legislación en materia de protección con pruebas científicas objetivas y actualizadas; la necesidad de instalaciones, horas de trabajo y períodos de descanso adecuados, e instalaciones sanitarias y de aseo durante el embarazo, la lactancia y la maternidad precoz; la necesidad de ofrecer seguridad personal a todos los trabajadores (incluso contra el acoso sexual y la violencia); y la importancia de contar con instalaciones para el cuidado de los hijos de los trabajadores y trabajadoras.

Desde la aprobación de la resolución de 1985 y tras la reunión de expertos de 1989, la OIT adoptó a mediados de la década de 1990 una política interna de integración de las cuestiones de género que incluye diversos aspectos. Uno es

la obligación de que todo el personal de la OIT realice análisis de género del mercado laboral y tenga en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres en el mercado laboral a la hora de diseñar y aplicar programas técnicos. La OIT también ha nombrado especialistas en género en numerosas oficinas de representación y ha creado una amplia red de género para una integración más eficaz de las cuestiones de género en su trabajo.

Otra consecuencia del avance de la OIT hacia un enfoque más centrado en el género durante los últimos veinte años es la aprobación de varios convenios de la OIT sensibles al género, entre otras cosas, sobre el trabajo nocturno, el trabajo a domicilio, la protección de la maternidad y la agricultura (véase el recuadro de la p. 231).

La OIT también está abordando la cuestión del acoso sexual en el trabajo. Las actividades más recientes incluyen estudios nacionales y una reunión regional en Asia, cuyo resultado fue la publicación de *Action against sexual harassment at work in Asia and the Pacific* (2001). En el ámbito de la prevención de los problemas psicosociales en el trabajo, cabe destacar el programa de formación SOLVE, que aborda el estrés y la violencia, incluido el acoso sexual.

Más concretamente en el ámbito de la seguridad y la salud laborales, la OIT ha formulado algunas sugerencias sobre cómo integrar la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo (véase más adelante la nota informativa de la OIT). Entre las sugerencias realizadas cabe citar las siguientes:

- prestar especial atención a la seguridad y la salud de las mujeres en todas las políticas en esta materia;
- abordar los peligros laborales a los que se exponen las mujeres en la empresa;
- incluir consideraciones ergonómicas basadas en un enfoque no discriminatorio y una evaluación de riesgos individualizada;

- planificar la variabilidad humana, por ejemplo mediante la adopción de normas nacionales que ofrezcan protección frente a todos los peligros a todos los trabajadores, independientemente de la edad o el sexo;
- realizar investigaciones en las que se evalúen las diferencias reales entre los sexos;
- recopilar datos;
- hacer partícipes a las mujeres.

Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de una resolución de gran alcance relativa a sus actividades en materia de salud de la mujer, creó la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer. Se preparó una publicación y un documento de orientación sobre las mujeres y la salud laboral (Kane, 1999a) para dicha Comisión, que realizó una serie de recomendaciones que se exponen más abajo. Asimismo, esta Comisión recomienda llevar a cabo una evaluación de la legislación sobre seguridad y salud laborales teniendo en cuenta la perspectiva de género:

1. Las cuestiones relativas a la salud laboral de las mujeres deberían examinarse en el marco de análisis específicos de género en materia de salud laboral.
2. Estos análisis específicos de género deberían determinar los riesgos específicos para la salud de origen laboral de determinadas industrias, profesiones y tareas que afectan no solo a los trabajadores sino también a los miembros de su familia.
3. Debe conceptualizarse y valorarse el trabajo de las mujeres en el sector informal, en la agricultura y en el hogar, si se desean abordar los riesgos específicos para la salud laboral de las mujeres.
4. Se debería extender la utilización de metodologías como las encuestas relativas al uso del tiempo o el cotejo de registros en estudios lon-

gitudinales con vistas a identificar y evaluar los riesgos para la salud de origen laboral.

5. Convendría volver a examinar la legislación que aborda las necesidades de las mujeres en materia de salud laboral, a fin de garantizar que no discrimina a las mujeres y que no pasa por alto posibles riesgos laborales para la salud de los hombres.
6. Es necesario alcanzar un acuerdo internacional sobre la clasificación de los peligros para la salud reproductiva (como los productos químicos) y sobre las precauciones necesarias para proteger a hombres y mujeres de estos peligros.
7. La necesidad de dar mayor prioridad a la satisfacción de las necesidades en materia de salud laboral de hombres y mujeres requiere el compromiso y la estrecha colaboración de los distintos organismos internacionales responsables, como la OMS y la OIT.
8. La investigación interdisciplinaria con un fuerte componente científico y social es fundamental para entender las cuestiones de género en el ámbito de la salud laboral. La OMS y sus centros colaboradores correspondientes deben ser pioneros en la determinación y coordinación de estas actividades de investigación.

Resolución de la Conferencia de la OIT de 1985 sobre la igualdad: condiciones de trabajo (extracto)

Condiciones y entorno de trabajo (extracto)

- «Las medidas destinadas a mejorar las condiciones y el entorno de trabajo para todos los trabajadores deberían guiarse por las conclusiones relativas a la acción futura en el ámbito de las condiciones y el entorno de trabajo, adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1984, y en particular se deben tener en cuenta las disposiciones relativas a la

higiene, la salud y la seguridad en el trabajo de las mujeres. Conviene prestar especial atención:

- en particular, a aquellos sectores y trabajos en los que se concentra un elevado número de mujeres;
 - a la necesidad de garantizar la debida aplicación de las medidas pertinentes para todas las empresas cubiertas;
 - al deseo de ampliar el ámbito de aplicación de estas medidas de forma que se puedan regular debidamente las condiciones de trabajo en sectores o empresas que han sido excluidos hasta el momento, como las zonas de tratamiento de las exportaciones y de libre comercio;
 - a la necesidad de que la legislación nacional garantice que las personas con un trabajo a tiempo parcial, temporal, estacional u ocasional, así como los que trabajan desde casa, los trabajadores contratados y los trabajadores del servicio doméstico no sufren discriminación en lo que respecta a las condiciones de trabajo y que no se produce la segregación del mercado de trabajo.
- En cuanto a la legislación sobre protección:
 - mujeres y hombres deberían estar protegidos frente a los peligros inherentes a su trabajo y profesión, a la luz de los avances en el conocimiento científico y tecnológico;
 - se deberían adoptar medidas destinadas a revisar toda la legislación en materia de protección aplicable a las mujeres, a la luz de los últimos conocimientos científicos disponibles y de los cambios tecnológicos, y modificar, complementar, ampliar, conservar o revocar dicha legislación con arreglo a las circunstancias nacionales, con el fin de mejorar la calidad de vida y fomentar la igualdad en el trabajo entre hombres y mujeres;
 - se deberían adoptar medidas para ampliar la protección especial a las mujeres y los hombres que tienen trabajos que han demostrado ser perjudiciales para ellos, sobre todo desde el punto de vista de su función social en relación con la reproducción, y dichas medidas deberían revisarse y actualizarse periódicamente a la luz de los avances en el conocimiento científico y técnico;
 - se deberían realizar estudios e investigaciones referidos a los procesos que podrían tener un efecto perjudicial sobre las mujeres y los hombres desde el punto de vista de su función social en relación con la reproducción, y se deberían adoptar medidas oportunas basadas en dichas investigaciones para ofrecer protección, según se considere necesario.
 - El acoso sexual en el trabajo afecta negativamente a las condiciones laborales de los empleados, así como al trabajo y las perspectivas de promoción. Por tanto, las políticas dirigidas a fomentar la igualdad deberían incluir medidas para combatir y evitar el acoso sexual».

Extraído de la Resolución sobre la igualdad de oportunidades y de trato para los trabajadores y las trabajadoras en el empleo, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 71.^a reunión, en junio de 1985.

Nota informativa de la OIT: cómo integrar la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y la salud laborales

1. Una política sobre seguridad y salud laborales

Con el fin de que las políticas de fomento de la salud sean eficaces para mujeres y hombres, estas deben basarse en información más precisa sobre la relación que existe entre la salud y los roles en función del género. Las trabajadoras se

ven especialmente perjudicadas por estructuras de la mano de obra, disposiciones laborales y actitudes obsoletas. Las políticas de fomento de la salud de las trabajadoras deben tener en cuenta sus tres roles: como amas de casa, como madres y como trabajadoras. Es necesario examinar por separado los efectos sobre la salud de cada rol, así como los posibles conflictos y contradicciones entre ellos. Hay que elaborar una estrategia amplia para mejorar la seguridad y la salud en el trabajo de las mujeres en el contexto de una política nacional sobre seguridad y salud laborales, sobre todo en aquellos ámbitos en los que hay una gran concentración de mujeres. Se debería establecer un marco coherente que garantice un enfoque nacional coordinado.

La concentración de mujeres en determinados empleos conduce a un patrón específico de daños y enfermedades. Las medidas generales dirigidas a todos los trabajadores no conducen necesariamente a los objetivos positivos deseados para las trabajadoras. Es necesario examinar con más detalle los efectos del género sobre la salud a fin de comprender mejor la relación entre la salud de las mujeres y sus roles social y económico. Asimismo hay que incorporar los resultados en las políticas que se elaboran.

La política debería incluir como objetivo la protección específica de la seguridad y la salud laborales de las mujeres. Es necesario ofrecer asesoramiento para que los empresarios, los sindicatos y las autoridades nacionales puedan detectar los problemas, establecer los vínculos necesarios con las actividades sobre seguridad y salud en general para todos los trabajadores y elaborar programas específicos para garantizar que las necesidades de las trabajadoras se tienen debidamente en cuenta en los procesos de reestructuración laborales e industriales a escala nacional, y en particular en los ámbitos de la legislación, la información y formación, la participación de los trabajadores y la investigación aplicada.

2. La empresa como objetivo

Los sectores y profesiones que tienen un impacto sobre la salud de las trabajadoras deberían ser objetivos fundamentales del cambio. Por tanto, conviene aplicar programas de prevención específicos. En la empresa se deben adoptar medidas para controlar los peligros laborales a los que están expuestas las trabajadoras. A fin de prevenir y controlar eficazmente estos peligros, es necesario elaborar programas de acción específicos para tratar los peligros relacionados con el trabajo característicos de cada profesión, incluidos los factores psicosociales y organizativos, y teniendo en cuenta el bienestar físico, mental y social de las trabajadoras. Debería darse prioridad a la revisión de las prácticas de trabajo y al nuevo diseño del puesto para eliminar o reducir los peligros, a las clasificaciones de los puestos de trabajo, la mejora de las cualificaciones y la creación de nuevas vías profesionales en aquellos trabajos en los que predominan las mujeres.

3. El individuo como objetivo

Es necesario centrarse en la seguridad y la salud en el trabajo de las mujeres, protegiendo su bienestar a través de servicios de salud laboral. Convendría elaborar programas de prevención para mantener un entorno de trabajo seguro y saludable. El trabajo debería adaptarse a las capacidades de las trabajadoras a la luz de su estado físico y de salud mental, por ejemplo mediante la reducción de la carga de trabajo de las mujeres, el fomento de una tecnología adecuada, la reasignación a otros puestos de trabajo según sus necesidades y la prestación de servicios de rehabilitación, en la medida de lo necesario.

Sigue siendo necesario adoptar medidas especiales para la realización de tareas físicas durante el embarazo y la crianza de los hijos; en particular, la protección de las mujeres embarazadas, para quienes el trabajo nocturno, las

tareas arduas y la exposición a la radiación pueden constituir riesgos inaceptables para la salud. Sin embargo, debería adoptarse un enfoque de igualdad de protección contra los peligros en el lugar de trabajo para todos los trabajadores, fomentando el reparto equitativo de tareas entre mujeres y hombres en todas las esferas, incluidos el cuidado de los hijos, las tareas domésticas y el trabajo fuera de casa.

4. Consideraciones ergonómicas

Es necesario revisar el concepto de «peso máximo» que pueden manejar las mujeres y el diseño del equipo de protección personal en el marco de los conocimientos técnicos y las tendencias sociales y médicas actuales. Hay que tener en cuenta las variaciones entre los sexos.

Las normas nacionales para el manejo manual deben apartarse de la regulación de los límites de peso que difieren entre trabajadores y trabajadoras, y se debe adoptar un enfoque no discriminatorio basado en la evaluación y el control de riesgos individuales. Australia, Canadá y los Estados Unidos son algunos de los países que han introducido este criterio en sus propias normas.

Dados los masivos movimientos migratorios que se producen a escala mundial, cada vez es más evidente la necesidad de que las normas antropométricas deben basarse en variables humanas más que en poblaciones «modelo», ya que pueden encontrarse diferentes características morfológicas de raza y etnia entre los trabajadores de un mismo país.

5. Planificación de la variabilidad humana

Conviene no generalizar las capacidades físicas de las mujeres y deberían tenerse en cuenta de forma realista la vulnerabilidad y las necesidades de los trabajadores. La capacidad individual de los trabajadores, independientemente de la edad y el sexo, debería ser el parámetro del

rendimiento y las exigencias impuestos a cada uno de los trabajadores. Por tanto, deberían adoptarse normas nacionales encaminadas a ofrecer una protección adecuada (frente a cualquier peligro) para los trabajadores más susceptibles o vulnerables de cualquier edad o sexo.

La adopción de normas únicas relativas a la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos evitaría la discriminación y garantizaría la protección de la salud de todos los trabajadores. No se debería invalidar la protección jurídica especial de la que gozan las mujeres, aunque esta debería ampliarse a los hombres, en la medida de lo necesario; por ejemplo, en el caso de la protección frente a la radiación y de la salud reproductiva.

6. Investigación

La investigación epidemiológica actual debe evaluarse desde un punto de vista crítico a fin de detectar cualquier sesgo sistemático en la forma en que se lleva a cabo la investigación de la salud femenina y de las pautas patológicas, y evitar así hipótesis basadas en valores culturales tradicionales (por ejemplo, asociar determinados cánceres cervicales con ciertos empleos femeninos). La única forma de adquirir conocimientos en apoyo a la salud de las mujeres es evaluando las diferencias reales entre hombres y mujeres y evitando juicios erróneos sobre la vida de las mujeres.

7. Recopilación de datos

De igual modo, las estadísticas nacionales sobre accidentes y enfermedades laborales de mujeres son deficientes y el conocimiento sobre la salud femenina sigue siendo escaso. Muchos países continúan haciendo hincapié en los datos estadísticos oficiales sobre mortalidad materna, que todavía representa un indicador crucial de la salud general de las mujeres en los países en desarrollo. Sin em-

bargo, numerosas mujeres solo trabajan a tiempo parcial o bien trabajan a domicilio para poder atender sus responsabilidades domésticas al tiempo que contribuyen a la economía familiar. Esta situación las excluye de las estadísticas sobre indemnización por daños o sobre ausencia del trabajo por enfermedad. Asimismo es muy poco probable que las tareas domésticas y del hogar queden registradas en las estadísticas. Los trabajos que desempeñan las mujeres no suelen constar en los historiales médicos ni en los certificados de defunción, como ocurre también en el caso de numerosos trabajadores.

La elaboración de estadísticas nacionales sobre accidentes y enfermedades laborales en función del sexo contribuiría a: definir prioridades de acción mediante programas preventivos; desarrollar una estrategia de información a nivel nacional para recopilar y difundir información sobre la seguridad y salud laborales de las mujeres; y establecer normas nacionales, códigos nacionales de prácticas y otras directrices sobre peligros específicos a los que están expuestas las trabajadoras.

8. Participación de las mujeres

Las mujeres deberían estar mejor representadas y participar más directamente en el proceso de toma de decisiones relativas a la protección de su salud. Los puntos de vista de las mujeres en tanto que usuarias, prestadoras de asistencia y trabajadoras, y sus propias experiencias, conocimientos y cualificaciones deberían reflejarse en la formulación y aplicación de estrategias que fomenten la salud. Deberían tener un mayor grado de participación en la mejora de sus condiciones de trabajo, en particular a través del desarrollo de programas, la prestación de servicios de salud laboral, el acceso a más información y de mejor calidad, así como a formación y educación sanitarias. Se debería incrementar el apoyo a las mujeres para que se organicen y participen en la mejora de sus condiciones de trabajo tanto a nivel nacional como empresarial.

Fuente: Forastieri (2000), *Safe work: information note on women workers and gender issues on occupational safety and health*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/gender/womenwk.htm>).

ANEXO 9. RESUMEN DE LA
RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO,
LA SITUACIÓN LABORAL
Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO:
RESULTADOS DE UN ANÁLISIS
DE GÉNERO DE LA TERCERA
ENCUESTA EUROPEA SOBRE
LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Fagan y Burchell (2002) examinaron la relación que existe entre el género, la situación laboral y los distintos indicadores de condiciones laborales disponibles a partir de las tres encuestas europeas sobre condiciones de trabajo. A continuación se muestra el cuadro de resumen que elabo-

raron con los resultados obtenidos. En sus conclusiones sostienen que el análisis ha demostrado que existen algunas diferencias de género en algunos aspectos de las condiciones de trabajo, pero que no existe una pauta sistemática en todos los indicadores objeto de investigación.

Indicadores de condiciones de trabajo	Diferencias de género	Relación con los grupos de situación laboral
<p>Contenido del trabajo: puntos seleccionados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas y aprendizaje • Complejidad y monotonía de las tareas • Trabajo en equipo y rotación de tareas • Responsabilidades de planificación 	<p>La situación a tiempo completo y a tiempo parcial tiene más repercusión que el género por sí mismo: los trabajos a tiempo parcial ofrecen menos oportunidades de aprendizaje, son más monótonos y las responsabilidades de planificación son menores.</p>	<p>La resolución de problemas, la complejidad de las tareas y la planificación de las mismas son, fundamentalmente, características de los trabajos directivos y cualificados. En cada grupo de situación laboral, estos contenidos del trabajo son generalmente menos prevalentes en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Las diferencias de género más sutiles se encuentran entre los trabajadores de oficinas y los del sector servicios.</p>
<p>Cualificaciones adecuadas y formación proporcionada por los empleadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Las cualificaciones se ajustan a las exigencias del trabajo? • Número de días de formación impartida 	<p>Una gran mayoría tanto de hombres como de mujeres afirmó que sus cualificaciones se ajustan a las exigencias del trabajo; de media, la formación impartida en el trabajo también era similar. Los trabajadores a tiempo parcial son más propensos a manifestar que sus cualificaciones no se explotan al máximo y que reciben menos formación que los trabajadores a tiempo completo.</p>	<p>Los directivos y los trabajadores cualificados reciben más formación que el resto de trabajadores. Dentro de cada grupo de situación laboral, las mujeres recibieron menos formación que los hombres; esta «diferencia de género» es menos pronunciada en las categorías correspondientes a directivos y trabajadores cualificados.</p>
<p>Atención al cliente y trato con el público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de horas de trabajo que se pasa tratando directamente con personas ajenas al lugar de trabajo (clientes, pasajeros, pacientes, alumnos, etc.) 	<p>Es una característica particular de los trabajos femeninos, ya sea a tiempo completo o a tiempo parcial.</p>	<p>Es una característica particular del trabajo no manual. Las mujeres que ocupan puestos directivos y trabajos cualificados tienen más trato con el público que los hombres comprendidos en estas categorías laborales. La situación es inversa para el trabajo manual: las mujeres tienen menos trato con el público que los hombres en estos puestos de trabajo.</p>
<p>Exposición a intimidación y discriminación en el trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia, intimidación y acoso • Discriminación (sexo, edad, nacionalidad, origen étnico, incapacidad, orientación sexual) 	<p>Las mujeres poseen índices superiores de experiencia y conocimiento de la violencia, intimidación y discriminación en el trabajo.</p>	
<p>Exposición a peligros materiales y físicos</p> <p>En proporción al tiempo de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruido intenso • Vibraciones de herramientas y máquinas • Temperaturas extremas • Sustancias o productos peligrosos 	<p>Los hombres están más expuestos a estos peligros que las mujeres. Los trabajos a tiempo parcial ofrecen cierta protección contra estos peligros, tanto en lo que se refiere a un índice menor de riesgos derivados de la exposición como a un número inferior de horas de trabajo.</p>	<p>Dentro de cada grupo de situación laboral, los hombres están más expuestos a estos peligros. La diferencia de género es muy pronunciada en los trabajos manuales, mientras que es casi inexistente en la categoría de trabajos cualificados. Existe una relación entre el género y la situación laboral: los hombres son los que más expuestos están en los trabajos manuales, seguidos de las mujeres en este mismo tipo de trabajo; la exposición es mucho más baja entre los trabajadores no manuales de ambos sexos.</p>
<p>Exposición a peligros ergonómicos</p> <p>En proporción al tiempo de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos repetitivos de mano o brazo • Posiciones que provocan dolor o cansancio • Manejo y desplazamiento de cargas pesadas • Tareas breves y repetitivas 	<p>No existen diferencias de género en cuanto al porcentaje de movimientos repetitivos, posturas dolorosas o tareas breves y repetitivas. Los hombres están más expuestos a las cargas pesadas, por lo que se encuentran en situación de mayor riesgo ante estos peligros en general. Los trabajos a tiempo parcial ofrecen cierta protección contra estos peligros.</p>	<p>Los riesgos ergonómicos están más presentes en los trabajos manuales. Existe una relación entre el género y la situación laboral: las mujeres están más expuestas a los peligros ergonómicos que los hombres en todos los ámbitos del trabajo no manual, y en particular en los trabajos cualificados, así como en los trabajos artesanos manuales.</p>

Indicadores de condiciones de trabajo	Diferencias de género	Relación con los grupos de situación laboral
Trabajo con ordenadores En proporción al tiempo de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo con ordenadores • Teletrabajo desde casa con un ordenador 	No existen diferencias de género en el trabajo con ordenadores, pero los hombres son más propensos a trabajar desde casa. Los trabajadores a tiempo parcial suelen trabajar menos con ordenadores.	Las diferencias de género son más pronunciadas cuando se tiene en cuenta la situación laboral: en todos los grupos de situación laboral, los hombres son más propensos a trabajar con ordenadores (incluido el teletrabajo).
Trabajo a domicilio <ul style="list-style-type: none"> • El hogar es el lugar principal de trabajo (queda excluido el teletrabajo) 	No existen diferencias de género en el porcentaje relativo al trabajo a domicilio; no hay diferencias entre los trabajadores a tiempo completo y los trabajadores a tiempo parcial (pero es posible que la encuesta subestime la mayor participación de las mujeres en el trabajo a domicilio dentro del sector interino o informal).	Existen diferencias de género en el perfil laboral de los trabajadores a domicilio. Los hombres suelen ocupar cargos directivos o realizar trabajos artesanos manuales, mientras que las mujeres que trabajan en casa suelen realizar trabajos administrativos o del sector servicios.
Intensidad del trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Factores que determinan el ritmo de trabajo • Trabajo a gran velocidad • Tiempo insuficiente para realizar el trabajo • Plazos muy ajustados 	El ritmo de trabajo de las mujeres suele venir determinado por las exigencias de terceros; los hombres trabajan más por objetivos de productividad o en función de la velocidad de las máquinas. No hay diferencias de género en cuanto a la obligación de trabajar a gran velocidad o en cuanto al tiempo necesario para realizar el trabajo. Los hombres suelen tener que ajustarse a unos plazos más cortos. Los trabajos a tiempo parcial ofrecen cierta protección frente a la intensidad del trabajo.	Los directivos y los trabajadores cualificados corren más riesgos derivados de la intensidad del trabajo (pero los trabajadores manuales son los más expuestos al trabajo a gran velocidad). Existe una relación entre el género y la situación laboral: en el caso de los trabajos directivos y los trabajos artesanos manuales, las mujeres están menos expuestas a unos niveles elevados de intensidad del trabajo, pero existen pocas diferencias de género en los demás grupos de situación laboral.
Interrupciones perjudiciales	No hay diferencias en función del género ni del régimen de tiempo completo o tiempo parcial.	La incidencia es ligeramente superior en los trabajos cualificados y directivos.
Autonomía del trabajo y del tiempo de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de trabajo • Velocidad de trabajo • Orden de las tareas • Tiempo de descanso • Elección de las vacaciones • Influencia sobre las horas de trabajo 	Los hombres cuentan con mayores niveles de autonomía. Existen pocas diferencias entre los trabajadores a tiempo completo y los que trabajan a tiempo parcial en cuanto a la autonomía del trabajo, pero los trabajadores a tiempo parcial tienen una autonomía sobre su jornada laboral ligeramente superior.	La autonomía es máxima en el caso de los trabajadores en puestos directivos o cualificados. La autonomía de trabajo de las trabajadoras cualificadas es mucho menor que la de sus homólogos varones.
Salarios <ul style="list-style-type: none"> • Ganancias netas mensuales • Estructura salarial 	Las mujeres tienen más riesgos de recibir un salario menor que el de los hombres y sus ganancias suelen ser también inferiores. Esta diferencia de género también se da en el trabajo a tiempo parcial. Un alto porcentaje de hombres tiene primas integradas en su estructura salarial.	
Consulta sobre la organización del trabajo y las medidas de protección en materia de seguridad y salud laborales <ul style="list-style-type: none"> • Hay consulta y es eficaz • Sensibilización sobre los riesgos para la salud y la seguridad 	La mayor parte de hombres y mujeres consideran que son debidamente consultados, pero uno de cada tres de cada sexo no es consultado. Entre los que trabajan en condiciones de peligro, las mujeres son las que suelen notificar que disponen de escasa información sobre salud y seguridad y que carecen de un equipo de protección adecuado.	

Fuente: Fagan y Burchell (2002), *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

ANEXO 10. DIFERENCIAS ENTRE ESTADOS MIEMBROS EN LAS NORMATIVAS DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA AUSENCIA POR ENFERMEDAD E INCAPACIDAD

Países de la Unión Europea y normativas de seguridad social relativas a la ausencia por enfermedad

Gründemann y Van Vuuren (1997) resumieron las normativas oficiales de seguridad social relativas a la ausencia por enfermedad e incapacidad en los Estados miembros de la UE (y Noruega), y concluyeron que existen grandes diferencias. No obstante, debe señalarse asimismo que la práctica general suele diferir sustancialmente de las normativas oficiales.

En la mayoría de los países (Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, España, Suecia y Reino Unido) se necesita un certificado del médico de cabecera en caso de baja temporal por enfermedad. La situación varía de un modo u otro en cada país en lo que respecta al número de días de baja tras los que se requiere dicho certificado. Solo en tres países no se necesita este certificado (Dinamarca, Irlanda y Países Bajos). Con esta obligación de presentar un certificado

médico en caso de ausencia por enfermedad se pretende que la «declaración de enfermedad» no sea tan fácil. En la práctica, un justificante médico no significa mucho. Los trabajadores pueden ir a un médico que conocen y, si ese médico no coopera, siempre pueden acudir a otro distinto. Sin embargo, los estudios demuestran que, por lo general, la obligación de presentar un certificado médico está vinculada de alguna forma con una menor incidencia de ausencias por enfermedad (véase Gründemann y Van Vuuren, 1997).

En la mayoría de los países, el trabajador que se declara enfermo tiene que esperar uno o varios días para recibir prestaciones. Es lo que se llama el «período de espera». Solo en Austria, Alemania, Luxemburgo y Noruega no se aplican estos días de espera. En los demás países, a los trabajadores no se les paga por el primer día (Bélgica y Suecia), los dos primeros días (Países Bajos), los tres primeros días (Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, España y Reino Unido) o los nueve primeros días (Finlandia). En muchos de estos países, la práctica suele diferir bastante de la normativa oficial. En muchos casos, los empresarios compensan a los trabajadores la pérdida salarial debida a estos días de espera, que, sin embargo, suelen emplearse como límite en caso de absentismo. La literatura, y el hecho de que a veces la práctica difiera de la normativa como tal, muestra que los días de espera vienen acompañados de una menor frecuencia de absentismo, pero que la duración media del período de ausencia es mayor. Por tanto, el efecto de las diferencias relativas a los días de espera entre los países de la UE sobre la ausencia total se considera nulo.

En la mayoría de los países se produce oficialmente una pérdida de ingresos en caso de ausencia por enfermedad, en el sentido de que no se pagan los salarios o que el porcentaje abonado es inferior al 100 %. La realidad suele ser menos negativa que la norma oficial. En mu-

chos países, el empresario suele contribuir a mejorar la prestación, en muchos casos hasta que esta alcance el 100 %.

Tras el primer período de ausencia, el porcentaje de la prestación se reduce en la mayoría de los países. Solo se sigue pagando el salario completo en cuatro países (Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos y Noruega). En los demás países, este porcentaje se sitúa entre el 50 % y el 80 % del último salario percibido.

La mayoría de los países (11) establece un período máximo de incapacidad temporal de aproximadamente un año. En Italia y el Reino Unido se aplica un período más corto (26 y 28 semanas, respectivamente). El período máximo de ausencia influye notablemente en la duración de las bajas por enfermedad, sobre todo en el caso de las bajas por enfermedad registradas. Sin embargo, también puede repercutir en la actitud con respecto a la rehabilitación y, de ese modo, en el total de días de ausencia.

Aunque todos los países de la Unión Europea tienen normativas que regulan la baja por maternidad, la duración varía notablemente de un país a otro. Especialmente en el caso del registro de bajas por enfermedad, la baja por maternidad puede ser el motivo de una parte significativa de las ausencias por enfermedad. Por ejemplo, en el sistema sanitario de los Países Bajos, entre el 1 % y el 1,5 % del tiempo de trabajo, de media, se consume por bajas de maternidad (Gründemann y Van Vuuren, 1997).

Normativas en la Unión Europea sobre la incapacidad a largo plazo o permanente

En muchos países (Bélgica, España, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos y Portugal), las normativas sobre incapacidad prolongada o permanente están relacionadas, en el tiempo, con las normativas que regulan la baja por enfermedad temporal. En estos países, existe un período de espera para las prestaciones por incapacidad permanente que es equivalente al período máximo aplicable a la ausencia por enfermedad (temporal). En la mayoría de los países restantes, en el caso de la baja por enfermedad (temporal) no es esencial que se agote el período máximo para que una persona tenga derecho a recibir prestaciones permanentes (Gründemann y Van Vuuren, 1997).

Las definiciones y condiciones de pago son diversas. A menudo se basan en una pérdida mínima de la capacidad de ganancia o un porcentaje mínimo de incapacidad laboral. Este mínimo puede diferir considerablemente entre países, al igual que las prestaciones máximas. En Bélgica, el porcentaje de prestaciones depende de las circunstancias familiares. En la mayoría de los países existe un procedimiento adicional de evaluación que es decisivo a la hora de conceder prestaciones por incapacidad o pensiones de invalidez. En este sentido, también hay diferencias entre países (Gründemann y Van Vuuren, 1997).

ANEXO 11. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LA TUTB SOBRE LA DIMENSIÓN DE GÉNERO EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD, Y EJEMPLOS DE INICIATIVAS SINDICALES

La encuesta de la TUTB sobre el género y la seguridad y la salud en el trabajo

Con el fin de facilitar la integración del género en la política sobre salud y seguridad en el trabajo (SST), la Oficina técnica sindical europea de salud y seguridad (TUTB) y la Confederación Europea de Sindicatos (CES) realizaron una encuesta en los quince países de la Unión Europea (UE) en 2001-2002. La encuesta, que contó con el respaldo del Ministerio de Empleo belga, en combinación con diversas actividades emprendidas por la Presidencia belga de la UE, debía evaluar:

- la inclusión de las cuestiones de género en las políticas de salud y seguridad;
- las intervenciones en materia de seguridad y salud en el trabajo que tienen en cuenta las cuestiones de género.

Entre los encuestados se incluyó a: sindicatos (36 %); institutos de investigación (21 %); insti-

tuciones responsables de las políticas de seguridad y salud laborales (13 %); y servicios de prevención (9 %). Se recibieron muy pocas respuestas de instituciones responsables de las políticas de igualdad. La encuesta se complementó con una investigación y el análisis de cómo los artículos publicados en diversas revistas científicas o generales sobre seguridad y salud laborales abordan las cuestiones de género y con una investigación más exhaustiva de la literatura existente.

A continuación se exponen algunos de los resultados iniciales:

- La dimensión de género está ganando reconocimiento como factor influyente en la salud y la seguridad en el trabajo.
- Las cuestiones cubiertas abarcan desde los trastornos musculoesqueléticos hasta la organización del tiempo de trabajo, y desde los bastiones tradicionalmente masculinos —como la industria de la construcción— hasta los empleos dominados por mujeres —como la enfermería y los servicios de limpieza—.
- Algunos sectores están mucho más avanzados que otros en este ámbito: el 25 % de las actividades se concentró en el sector sanitario y de los servicios sociales; el 10 %, en el de la distribución y en el sector minorista (por ejemplo, cajeros de supermercados); pero menos del 25 % fue en la industria, principalmente textil, del calzado y de la confección.
- La mayoría de las políticas de seguridad y salud laborales siguen basándose en un modelo neutro con respecto al género, que a su vez siempre se ha basado en el trabajador masculino estándar, y, por lo general, las instituciones responsables en materia de seguridad y salud laborales suelen ignorar las cuestiones de género, salvo los países nórdicos.
- Los servicios de prevención están empezando a integrar la dimensión de género en sus actividades, pero generalmente solo en los sectores de empleo «dominados por mujeres» o

en relación con problemas que se consideran «más específicos de las mujeres».

- La investigación se ve aquejada por la fragmentación de las políticas; por ejemplo, hay cuantiosos estudios de investigación sobre la segregación del empleo en función del sexo, pero muy pocos tratan las cuestiones de seguridad y salud laborales; muchas encuestas sobre el empleo del tiempo han examinado el reparto del tiempo entre actividades, pero pocos lo han relacionado con las condiciones de trabajo.
- Existen interpretaciones diferentes sobre lo que es una investigación sensible con respecto al género. Puede interpretarse como una investigación: que se centra en los empleos dominados por mujeres; que incluye un análisis comparativo de mujeres y hombres; que se centra en cuestiones consideradas de particular relevancia para las mujeres, por ejemplo, la salud reproductiva o el equilibrio entre trabajo y vida privada. Otro tipo de investigación considera la dimensión de género en factores tanto dentro como fuera del trabajo, incluido el estudio de las poblaciones masculinas desde una perspectiva de género.
- Distintos ámbitos de investigación tienen distintos enfoques. Ninguno garantiza la cobertura de la dimensión de género. Es necesario adoptar un enfoque interdisciplinario que cubra también el tiempo dedicado a la vida privada y el dedicado al trabajo (enfoque transversal). Es fundamental tener en cuenta la experiencia subjetiva de los trabajadores.
- Solo una minoría de los estudios de investigación sobre seguridad y salud laborales que incluyen el género tiene como objetivo las intervenciones y la prevención.
- Las políticas de salud en el trabajo, igualdad y salud social están muy fragmentadas y son relativamente indiferentes ante las cuestiones de otros ámbitos.
- Las políticas de salud laboral tienden a pasar por alto la interacción entre el trabajo remunerado y el no remunerado. Si se incluye el

género, a menudo solo suele ser el femenino, ya que las mujeres son etiquetadas como «grupo vulnerable».

- Las políticas de salud pública se han ido sensibilizando con las cuestiones de género en los últimos años. No obstante, ni el trabajo remunerado ni el no remunerado ocupan un lugar destacado en la mayoría de los estudios de la dimensión de género en el ámbito de la salud. En aquellos casos en los que se ha considerado el vínculo entre la salud y el trabajo no remunerado, se ha prestado más atención al acceso al empleo que al estudio de la relación de la doble carga de trabajo con la salud.
- En el ámbito de la salud pública, solo salen a relucir las condiciones de trabajo cuando existe un vínculo inmediato entre un factor particular y el estado de salud. Esto afecta a las mujeres en mayor medida, por ejemplo por el hecho de que las consecuencias del trabajo para la salud de las mujeres suelen deberse a más de una causa, en comparación con los hombres.
- Las políticas de salud en el trabajo no vienen acompañadas de políticas de igualdad, y la visibilidad de la seguridad y la salud laborales en el ámbito de la igualdad laboral es muy reducida.
- En muchos países se emprenden políticas positivas destinadas a fomentar el equilibrio entre mujeres y hombres en el trabajo; sin embargo, la mayor parte de los casos notificados no cubre las condiciones de trabajo cambiantes, sino que se limita a la formación profesional, a veces vinculándola al apoyo psicológico.

También se observaron diferencias entre países, principalmente entre los países escandinavos y los latinos. En los países escandinavos, la TUTB observó que la dimensión de género es más visible y está más integrada en las políticas institucionales y que, aparentemente, se están realizando más estudios sobre la SST y el género. En las actividades de control se empleaban indica-

dores de género y, gracias a programas específicos y a la cooperación entre las distintas partes interesadas, se fue creando un volumen de conocimiento más sistemático. El enfoque de género se había aplicado a una variedad más amplia de problemas de salud tanto en la investigación como en el control estadístico. En los países latinos, la TUTB observó que el número de actividades institucionalizadas en materia de género y SST era menor, aunque había aumentado en los últimos años, y que, llegado el caso, era más probable que se limitaran a los problemas «específicos de las mujeres». No obstante, la elevada demanda «social» de actividades sobre el género y la SST se había traducido en un aumento de las medidas adoptadas a escala local. Se observó que el Reino Unido aplica un enfoque pragmático que no cubre de forma explícita todas las cuestiones de género y de SST, pero que ha dado lugar a iniciativas locales, generalmente instigadas por los sindicatos, y a programas de investigación llevados a cabo por la autoridad responsable en materia de SST de una forma mucho más sensible con respecto a las cuestiones de género.

Fuentes: Vogel (2002); sitio web de la TUTB.

Ejemplos de acciones sindicales sobre el género y la SST

La TUTB también ha recopilado ejemplos de iniciativas sindicales destinadas a prevenir los peligros que afectan a las mujeres y a aumentar la participación femenina. Por ejemplo, las tres organizaciones sindicales de Milán —CGIL, CISL y UIL— crearon en 1996 un grupo de trabajo sobre la salud laboral de las mujeres formado por sindicalistas, técnicos de los servicios públicos de prevención, médicos y representantes de la seguridad de los trabajadores. Entre sus ámbi-

tos de estudio se incluyen el trabajo repetitivo realizado por mujeres en las diferentes industrias y en el sector de los servicios, así como los riesgos biológicos, la protección de la maternidad y el trabajo nocturno.

El sindicato español Comisiones Obreras llegó a un acuerdo con la cadena hotelera más importante de las islas Baleares para poner en marcha una iniciativa sindical de información y formación sobre los trastornos musculoesqueléticos en los cerca de 30 hoteles de la compañía. Elaboraron un programa de formación para los representantes en materia de prevención destinado a las mujeres que trabajaban en el servicio de limpieza de habitaciones del hotel, cuyos principales problemas suelen ser los dolores lumbares y otros trastornos musculoesqueléticos. La formación —a cargo del sindicato— se imparte en las instalaciones del hotel y abarca el reconocimiento de los trastornos musculoesqueléticos, la evaluación de riesgos y la elaboración de un plan de prevención. También se realiza una encuesta entre el personal de limpieza de habitaciones. Se recopilan las propuestas presentadas por los trabajadores durante el curso junto con aquellas de la encuesta del personal de limpieza, y se incorporan a los planes de prevención. El comité de seguridad lleva adelante los planes resultantes y estos constituyen la base de las discusiones con los técnicos de los servicios de prevención y de las acciones de prevención. Un dato que cabe señalar es que las trabajadoras del personal de limpieza de habitaciones apenas habían participado anteriormente en los comités de seguridad o en la toma de decisiones (sobre el mal diseño ergonómico del mobiliario y el equipo de trabajo).

Fuente: TUTB (2000).

ANEXO 12. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO EN LA UNIÓN EUROPEA

El Tratado CE establece el fomento de la igualdad entre hombres y mujeres como una de las misiones de la Comunidad (artículo 2) y lo eleva a objetivo de integración (artículo 3) de la Unión Europea. El artículo 13 del Tratado CE faculta a la Comisión para adoptar medidas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, entre otros. El artículo 141 constituye el fundamento jurídico de las medidas comunitarias de igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en cuestiones de empleo. El sitio web de la Comisión dedicado a la igualdad entre mujeres y hombres (http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/index_en.html) ofrece una serie de vínculos sobre legislación y otras medidas relativas a la igualdad de género; asimismo pueden encontrarse vínculos a las directivas e instrumentos que se enumeran a continuación.

Las directivas comunitarias sobre igualdad de género cubren los siguientes temas:

- Igualdad de retribución (Directiva 75/117/CEE del Consejo)
- Igualdad de trato en el trabajo (Directiva 76/207/CEE del Consejo)
- Igualdad de trato en los regímenes legales de seguridad social (Directiva 79/7/CEE del Consejo)
- Igualdad de trato en los regímenes profesionales de seguridad social (Directiva 86/378/CEE del Consejo)
- Igualdad de trato en lo que se refiere a las personas que ejercen una actividad autónoma, así como a sus cónyuges si participan en dicha actividad (Directiva 86/613/CEE del Consejo)
- Baja por maternidad (Directiva 92/85/CEE del Consejo)
- Ordenación del tiempo de trabajo (Directiva 93/104/CE del Consejo)
- Permisos parentales (Directiva 96/34/CE del Consejo)
- La carga de la prueba en los casos de discriminación por razón de sexo (Directiva 97/80/CE del Consejo)
- Acuerdo marco sobre el trabajo a tiempo parcial (Directiva 97/81/CE del Consejo).

Otros instrumentos comunitarios cubren las siguientes materias:

- Equilibrio entre hombres y mujeres en la toma de decisiones
- Conciliación del trabajo y la vida familiar
- Cooperación al desarrollo
- Mujeres y ciencia
- Violencia y explotación sexual
- Educación y formación
- Igualdad de retribución
- Empleo y mercado de trabajo
- Fondos Estructurales
- Derechos humanos y discriminación múltiple.

ANEXO 13. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA IGUALDAD EN EL TRABAJO

A continuación se presenta una lista de autoevaluación de la igualdad en el trabajo. La igualdad se evalúa con arreglo a ocho criterios diferentes.

Nivel de igualdad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿La igualdad y el bienestar del personal forman parte de la gestión de los recursos humanos? ✓ ¿La igualdad es inherente a los objetivos y la estrategia de organización del trabajo? ✓ ¿Cómo percibe el personal la igualdad?
Política salarial y de remuneración	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿La política salarial y de remuneración se basa en la igualdad de trato y en la equidad? ✓ ¿En qué medida las bases de cálculo de la remuneración y las primas se presentan y debaten abiertamente? ✓ ¿El personal considera que recibe un trato justo?
Oportunidades profesionales y de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Las oportunidades de trabajo y de desarrollo profesional y desarrollo permanente en el trabajo son iguales para todos?
Objetivos comunes y oportunidades de influencia y control	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿El personal está familiarizado con la visión y los objetivos comunes?
Ambiente de trabajo y sentimiento de unión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿La cultura del lugar de trabajo fomenta la igualdad? ✓ ¿La diversidad se considera fuente de riqueza o se persigue el objetivo de un personal homogéneo?
Flujo de información y transparencia en el suministro informativo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Todo el mundo tiene las mismas oportunidades en lo que se refiere a la información sobre su propio trabajo, su unidad de trabajo y sus perspectivas y condiciones futuras, también en términos económicos?
Condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Las condiciones de trabajo son seguras y adecuadas desde el punto de vista ergonómico? ✓ ¿Se practica la gestión del «factor edad» y se presta la debida atención a las personas de más edad? ✓ ¿Se han puesto en marcha programas de desarrollo de capacidades? ¿Fomentan el bienestar del personal?
Conciliación del trabajo y la vida familiar (vida privada)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Todos tienen la oportunidad de tener vida privada fuera del trabajo? ✓ ¿El constante exceso de trabajo y compromiso es una obligación? ¿Se recompensa de alguna forma? ✓ ¿Se castiga el rechazar el exceso de trabajo? ✓ ¿Se valoran la vida personal y familiar, o se considera a la familia como una carga? ✓ ¿Se apoya y se incentiva a los hombres o se les desanima y castiga sutilmente por tomar una baja parental?

Fuente: Kauppinen y Ojala (1999).

ANEXO 14. CALIDAD DEL TRABAJO DE LAS MUJERES: ESTRATEGIAS DE CAMBIO IDENTIFICADAS POR LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Al principio del presente informe se reconoció que una gran variedad de cuestiones relativas a la igualdad en el empleo, así como a la vida social o civil, tiene un impacto sobre las diferencias de género en la propia seguridad y salud en el trabajo. El presente informe no pretende investigar estas cuestiones; otros informes europeos han presentado una estrategia de acción en este ámbito. La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo ha ofrecido los siguientes ejemplos de propuestas y buenas prácticas (2002c) sobre la base de su investigación.

1. Áreas de negociación colectiva

- Retribución discriminatoria o retribución equitativa: niveles salariales, oportunidades,

sistemas, estructuras salariales y de clasificación, evaluación de los trabajos, acceso a las prestaciones, etcétera.

- Segregación en función del género: acceso a formación y naturaleza de la misma, procesos de selección de personal, promoción, definiciones y cualificaciones del trabajo, organización del trabajo, restricciones al trabajo femenino, etcétera.
- Acceso al trabajo y seguridad laboral: despido, terminación, seguridad de horas, posición contractual, etcétera.
- Relación familia-trabajo: baja por maternidad, paternidad o baja parental y baja para el cuidado de familiares dependientes, cuidado de los hijos, jornada laboral, etcétera.
- Culturas y estructuras organizativas: formación sobre igualdad de oportunidades y sensibilización, trayectorias profesionales, acoso sexual, etcétera.

Fuente: Bercusson y Dickens, 1996.

2. Hacer frente a las disparidades entre hombres y mujeres: ejemplos de acuerdos innovadores

A continuación se presentan ejemplos de características innovadoras de acuerdos destinados a facilitar el acceso de las mujeres al trabajo, reducir la segregación por sexos y disminuir la discriminación salarial al objeto de contribuir a poner fin a las disparidades entre hombres y mujeres en el trabajo.

Mejorar el acceso de las mujeres al trabajo y al desarrollo profesional

- Eliminación de los estereotipos basados en el sexo en las descripciones y anuncios de trabajo.
- Oportunidades para compaginar el trabajo y las obligaciones domésticas y acuerdos para flexibilizar las jornadas de trabajo.

- Supresión o aumento de los límites de edad y eliminación de las solicitudes de información con carácter discriminatorio.
- Anuncios de contratación basados en acciones positivas (para fomentar las candidaturas del sexo infrarrepresentado).
- Establecimiento de objetivos de contratación.
- Búsqueda de candidatos internos adecuados y convocatoria de todas las candidatas a una entrevista o inclusión de estas en una lista de candidatos para trabajos en los que están infrarrepresentadas, al menos de forma proporcional al número de mujeres presentes entre los candidatos.

Promoción y formación

- Realización de estudios sobre la composición por género de la mano de obra.
- Identificación de obstáculos a la promoción de las mujeres.
- Previsión de las trayectorias profesionales para facilitar el acceso de las mujeres a puestos de más alto nivel.
- Acceso equivalente o preferente a la formación y a la experiencia laboral.
- Formación especial (por ejemplo, permitiendo a las mujeres adquirir cualificaciones tradicionalmente «masculinas», y para aumentar la sensibilización sobre la igualdad de oportunidades).
- Fondos y puestos de formación reservados a mujeres.
- Organización de servicios de atención a la infancia durante la formación.

Poner fin a las disparidades entre hombres y mujeres

- Revisar el contexto en el que se debe aplicar el acuerdo (por ejemplo, garantizando que todos los trabajadores están cubiertos por el acuerdo, tanto si trabajan a tiempo parcial como si ocupan puestos temporales).

- Desarrollar nuevas herramientas de evaluación del trabajo que sean sensibles con respecto al género.

Reconciliar el trabajo y la vida familiar

- Medidas de formación durante la baja parental y en relación con la reincorporación al trabajo.
- Mantener el contacto durante la baja.
- Acumulación de los derechos de antigüedad y los derechos de seguridad social durante los períodos de baja.

3. Factores contextuales que influyen en el resultado de las acciones e intervenciones

La investigación de la Fundación también hizo hincapié en el impacto que el contexto general tiene sobre la negociación colectiva en relación con la igualdad (Dickens, 1998). Se identificaron los siguientes factores.

- **Factores medioambientales:** contexto económico, mercado de trabajo, intervenciones legislativas y no legislativas.
- **Factores organizativos:** intereses y preocupaciones de los trabajadores, intereses y preocupaciones de los sindicatos, facilitar los contextos internos, política de recursos humanos.
- **La importancia del género en la negociación colectiva:** la identidad de los negociadores, la importancia de la presencia femenina, la naturaleza y la calidad de la relación entre los negociadores.

4. Cuestiones objeto de futuras investigaciones e iniciativas

En el contexto de una Unión Europea en proceso de ampliación, la investigación de la Fundación ha identificado una serie de cuestiones que deben ser objeto de futuras iniciativas:

- Investigaciones comparativas nacionales más exhaustivas.

- Elaboración de indicadores sensibles al género sobre la calidad del trabajo y del empleo (posición, ocupación, niveles de ingresos y salarios, protección social, salud y seguridad, organización del trabajo, desarrollo de competencias, equilibrio trabajo-vida).
- Análisis en profundidad de los factores que subyacen a la segregación de género en los mercados de trabajo en la Unión Europea y de las estrategias emprendidas para abordar esta cuestión.
- Ulteriores investigaciones sobre cómo encontrar un equilibrio entre la vida profesional y la vida privada desde el punto de vista del curso de la vida.
- Relaciones entre trabajo remunerado y no remunerado y sus vínculos con la protección social y las pensiones.
- La calidad del trabajo y empleo femenino en los países candidatos, donde parece existir un elevado porcentaje de participación femenina y un menor nivel de segregación de género que en la Unión Europea.

Fuente: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2002c), «Quality of women's work and employment — Tools for change».

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. Revisión

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2006 — 250 pp. — 16,2 x 22,9 cm

ISBN 92-9191-121-6

VENTA Y SUSCRIPCIONES

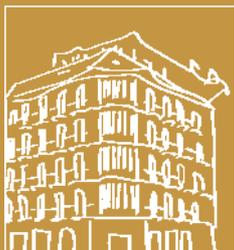
Las publicaciones de pago editadas por la Oficina de Publicaciones pueden adquirirse en nuestras oficinas de venta repartidas por todo el mundo

¿Cómo puedo adquirir una de estas publicaciones?

Tras conseguir la relación de oficinas de venta, seleccione la oficina que más le convenga y póngase en contacto con ella para efectuar su pedido.

¿Cómo puedo obtener la relación de oficinas de venta?

- Puede consultar el sitio web de la Oficina de Publicaciones:
<http://publications.europa.eu/>
- También puede solicitarla por fax al número (352) 29 29-42758 y la recibirá en versión papel.



Al objeto de mejorar el entorno de trabajo, para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores, de acuerdo con lo previsto por el Tratado y las sucesivas estrategias y programas de acción comunitarios relativos a la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, la Agencia tendrá como objetivo proporcionar a los organismos comunitarios, a los Estados miembros, a los interlocutores sociales y a quienes trabajan en este ámbito toda la información técnica, científica y económica útil en el ámbito de la seguridad y de la salud en el trabajo.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

<http://osha.europa.eu>



Agencia Europea para
la Seguridad y la Salud
en el Trabajo

Gran Vía, 33, E-48009 Bilbao
Tel. (34) 944 79 43 60; fax. (34) 944 79 43 83
E-mail: information@osha.europa.eu



ISBN 92-9191-121-6



9 178929 119112 191