Ya sea para ganarse la vida o realizando tareas domésticas, hombres y mujeres no trabajan en las mismas condiciones. ¿Cuál es el impacto de esas condiciones sobre su salud? Plantear esa pregunta es examinar la dimensión de género de la salud laboral. Con ello se reexamina un conjunto de hechos desde una nueva perspectiva. En el Reino Unido menos del 10% de enfermedades profesionales reconocidas lo son de mujeres. Una categoría profesional es sistemáticamente excluida de las directivas de la Unión Europea en materia de salud y seguridad: la de los "trabajadores domésticos", compuesta en más del 90% de mujeres, en su mayoría inmigrantes. La epidemiología obvia los colectivos femeninos. El trabajo a tiempo parcial concierne en su inmensa mayoría a mujeres. A menudo está asociado a condiciones laborales dañinas y precarias.

He aquí algunas de las numerosas constataciones de este libro. Esa acumulación de hechos aislados requiere de una explicación de conjunto.

Este trabajo propone un recorrido que permita examinar la interacción entre las relaciones sociales de sexo y la salud laboral. Está basado en un estudio realizado por el BTS en los años 2001-2002. Trata de dos aspectos: la producción de conocimientos y la definición de las políticas. Esta parte general se acompaña de un estudio de caso de la realidad española.

Este libro pretende formar parte de una red de reflexiones colectivas destinadas a cambiar la realidad. Está dirigido a sindicalistas, técnicos de los servicios de prevención, trabajadores de institutos de investigación. A responsables de las políticas de salud laboral y, yendo más allá, a todas aquellas personas para las que la igualdad es un valor central de cualquier sociedad humana.

ETUI-REHS

Département HESA
5 bd du Roi Albert II
B-1210 Bruxelles
Tel.: +32 2 224 05 60
Fax: +32 2 224 05 61
hesa@etui-rehs.org
http://hesa.etui-rehs.org

La salud de la mujer trabajadora en Europa
Desigualdades
no **re**conocidas

Laurent Vogel

Laurent Vogel es doctor en Derecho por la Universidad de Nantes. Es responsable desde 1990 de las investigaciones del BTS (actualmente Departamento de Salud y Seguridad del ETUI-REHS), dirigiendo entre otros el Observatorio de la aplicación de directivas en materia de salud y seguridad. Es autor de varias publicaciones dedicadas a las políticas de salud y seguridad.

istas Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud

La salud de la mujer trabajadora en Europa
Desigualdades no **re**conocidas

istas Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud

La salud de la mujer trabajadora en Europa
Desigualdades no **re**conocidas

Laurent Vogel



istas Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud

El principal objetivo del **Departamento de Salud y Seguridad del Instituto Sindical Europeo para la Investigación, la Formación y la Salud y Seguridad (ETUI-REHS)** es la promoción de un mayor nivel de salud y seguridad en el trabajo en Europa. Es el sucesor del BTS (Buró Técnico Sindical) creado en 1989 por la **Confederación Europea de Sindicatos (CES).**

Se encarga del seguimiento en la elaboración, transposición y aplicación de la legislación europea en materia de salud y seguridad en el trabajo. Ha creado un Observatorio de la aplicación de las directivas europeas que realiza análisis comparativos del impacto de la legislación comunitaria en los diferentes sistemas preventivos de los países de la Unión Europea y elabora estrategias sindicales comunes.

El departamento HESA apoya mediante la asistencia técnica a los miembros sindicales del Comité Consultivo para la Protección de la Salud y Seguridad en los Lugares de Trabajo con sede en Luxemburgo y de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Bilbao.

Lleva a cabo estudios en materias tales como la evaluación de riesgos, la organización de la prevención, la dimensión de género en el trabajo, la concepción participativa de las herramientas y equipamientos en el trabajo, el amianto, el estrés y la violencia en los lugares de trabajo.

Dinamiza las redes de expertos en materia de normalización técnica (ergonomía, seguridad) y de sustancias peligrosas (clasificación, evaluación de riesgos y establecimiento de valores límite de exposición).

El departamento HESA es miembro asociado del Comité Europeo de Normalización (CEN).

ETUI-REHS

Instituto Sindical Europeo
Investigación, Formación, **Salud y Seguridad**

http://hesa.etui-rehs.org

La santé des femmes
au travail en Europe

BTS, 2003

© Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité
Bd du Roi Albert II, 5
B-1210 Bruxelles

Tel. : +32-(0)2-224 05 60
Fax : +32-(0)2-224 05 61
tutb@etuc.org

www.etuc.org/tutb

ISBN : 2-930003-48-0
D/2003/6107/49

Conception graphique :
Coast
Imprimé en Belgique

Le BTS bénéficie du soutien financier de la Commission européenne.

Para la edición española:

Edita:
Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)

Autor:
Laurent Vogel, Departamento de Salud y Seguridad ETUI-REHS

Traducción:
Paco Rodríguez y Sergio España

Revisión:
Isabel Dudzinski

Producción:
Paralelo Edición, SA

Depósito legal: M-21128-2006

Impreso en papel reciclado

La salud de la mujer trabajadora en Europa
Desigualdades no **re**conocidas

La salud de la mujer trabajadora en Europa

Desigualdades no **re**conocidas

Laurent Vogel
Investigador del BTS

BTS - Oficina Técnica Sindical Europea para la Salud y la Seguridad



Prólogo

En el marco de la preparación de la nueva estrategia comunitaria en materia de salud laboral, el BTS y la CES reclaman con insistencia la integración de la perspectiva de género en el ámbito de la salud laboral. El documento Por una reactivación de la política comunitaria de salud laboral, publicado en junio de 2001, contenía un mensaje claro del movimiento sindical europeo. La Comisión adoptó una política aperturista sobre el tema en su comunicación de marzo de 2002. Las organizaciones sindicales pretenden que esta postura desemboque en la aplicación de iniciativas prácticas.

Desde su creación, el BTS ha intentado trabajar en el ámbito de la salud laboral desde una perspectiva de género, colaborando con el Comité de Mujeres de la CES y estableciendo contactos útiles en distintos países. En 1999 tomamos la iniciativa de publicar un libro dirigido por Karen Messing en el que se presentaba la experiencia de la cooperación entre un centro de investigaciones universitarias y los sindicatos de Quebec sobre la relación entre la defensa de la salud laboral y la lucha para la igualdad de hombres y mujeres. Sin duda alguna el libro llegó en el momento oportuno, despertando el interés del movimiento sindical europeo y de los demás actores de la prevención. Se ha utilizado como material de referencia en numerosos debates e iniciativas concretas. Asimismo, ha servido a menudo como instrumento de formación/formativo. Sirva como prueba de su importancia el hecho de haber sido editado en seis idiomas, entre ellos en castellano, gracias a los acuerdos de cooperación entre el BTS y diversas organizaciones.

Las distintas iniciativas que se pusieron en marcha paralelamente subrayaban la importancia de la perspectiva de género en el ámbito de la salud laboral. Se celebraron tres congresos mundiales titulados "Mujer, salud y trabajo": en Barcelona en abril de 1996, en Río de Janeiro en septiembre de 1999 y en Estocolmo en junio de 2002. Los cientos de participantes venidos del mundo entero destacaban la importancia política, científica y práctica del encuentro entre las reivindicaciones igualitarias y la salud laboral. En cada uno de estos congresos, investigadores de distintas disciplinas, militantes feministas y sindi-

calistas compartieron impresiones en unos debates de gran nivel. El próximo congreso mundial tendrá lugar en India en 2005, lo cual indica hasta qué punto los temas a debate no son una cuestión que incumba sólo a los países más desarrollados, sino que son algo intrínseco a la salud laboral en cualquier parte del mundo.

A finales del año 2001 nos pareció importante elaborar un primer informe de la situación en los países de la Unión Europea. En aquel momento iniciamos un estudio sobre la perspectiva de género en las políticas de salud laboral en colaboración con dos organismos de investigación de la Universidad Libre de Bruselas, con la financiación del Ministerio de Trabajo belga. Se trataba de analizar –de manera no exhaustiva – las iniciativas existentes en el ámbito de la investigación, las actividades preventivas, la acción sindical y las políticas nacionales. A pesar de los escasos medios de los que disponíamos, el estudio nos permitió recopilar una importante cantidad de información.

Este libro recoge una parte de los resultados de dicho estudio. Contiene un análisis general de los datos del estudio, una reflexión sobre la acción sindical y la política comunitaria, así como la exposición de distintas experiencias prácticas. El estudio de caso referente a la experiencia española muestra el potencial de la integración de la perspectiva de género.

Esperamos que este libro sirva de ayuda a las organizaciones sindicales y a las distintas instituciones encargadas de la prevención, para eliminar los obstáculos que encuentra hoy en día la lucha por la igualdad en la defensa de la salud en el trabajo.

Marc Sapir,
Director del BTS

Índice

Prologo		**5**
Introducción		**9**
Parte I	**Encuesta del BTS sobre la dimensión de género en la salud laboral**	**13**
Capítulo 1	Principales resultados del estudio	17
Parte II	**El estado de la cuestión**	**31**
Capítulo 2	Hombres y mujeres en la construcción social de los conocimientos sobre salud laboral	35
Capítulo 3	Datos estadísticos y principales indicadores disponibles	50
Capítulo 4	La contribución de la investigación	85
Capítulo 5	El saber profano al abordaje de la ciencia: los estudios sindicales	107
Parte III	**La situación de las políticas**	**119**
Capítulo 6	Las políticas de salud laboral: del enfoque proteccionista excluyente a la neutralidad de género	125
Capítulo 7	La legislación comunitaria sobre el lugar de trabajo	135
Capítulo 8	El reconocimiento de las enfermedades profesionales: ¿una lotería en la que siempre pierden las mujeres?	167
Capítulo 9	La reglamentación del mercado: algunas hipótesis sobre su dimensión de género	186
Capítulo 10	Las políticas de salud pública	199
Capítulo 11	Las políticas comunitarias de igualdad de oportunidades	206
Conclusiones		**225**
Estudio de caso	España: la conciliación de la vida profesional y familiar. Lorenzo Munar Suard	
Bibliografía		
Indice de cuadros		
Indice de materias		

Introducción

Durante un curso de formación sindical sobre la salud laboral en la Suiza romanda, uno de los participantes planteó una pregunta enigmática: "¿Qué relación hay entre el trabajo de las relojeras y la diálisis renal?". Por respuesta tuvo el más absoluto silencio. A simple vista, no hay ningún dato en la bibliografía científica que relacione las sustancias utilizadas en el montaje de relojes con un efecto tóxico en la función renal. El participante insiste: "¿Cuál es entonces la relación entre la doble jornada de trabajo de las relojeras y la diálisis renal, o más bien, la triple jornada de trabajo?"

En la industria relojera del Jura, las mujeres siempre han empezado su jornada muy temprano para poder asumir las tareas domésticas y, frecuentemente, una actividad agrícola complementaria. Para poder aguantar el tirón, la empresa ponía generalmente a su disposición polvos Kafa y comprimidos de Saridon1. Se trata de medicamentos analgésicos con un efecto estimulante, cuyo consumo era frecuente. Las trabajadoras lo usaban para evitar la fatiga y para concentrarse mejor en aquellas tareas que requerían destreza y precisión. Todavía hoy, las palabras Kafa y Saridon están muy presentes en las historias que cuentan las antiguas trabajadoras de la industria relojera. Resultan palabras familiares que han perdido el aspecto/la sonoridad inquietante/imponente de los nombres de medicamentos. Eran, de alguna manera, los aliados indispensables de la paz laboral y familiar, permitían tener bajo control todos aquellos pequeños dolores "de mujeres" y cumplir con la producción.

1. El Saridon es una marca registrada de la compañía Roche. Su composición actual no contiene la sustancia que provocaba las lesiones renales.

En la década de los 70, algunos hospitales del Jura trataron a un elevado número de mujeres que sobrevivían gracias a las diálisis. La relación entre ambos elementos se explica a continuación.

El polvo de Kafa era un analgésico compuesto de fenacetina. El producto fue retirado del mercado a causa de la toxicidad de la fenacetina para el hígado. Hubo una elevada incidencia de lesiones renales irreversibles entre los consumidores habituales de dicha sustancia. El Saridon, otro analgésico, contenía la misma sustancia. Hoy en día, la base

del polvo de Kafa y el Saridon es el paracetamol, menos tóxico.

Este ejemplo aclara conceptos abstractos como la articulación entre trabajo remunerado y trabajo no remunerado (incluido el trabajo de elaboración de productos para comerciar), un concepto en el que la presión patronal se apoya para intensificar el trabajo. En la actualidad, la trivialización del uso de medicamentos sigue siendo un obstáculo que impide la expresión del sufrimiento en el trabajo. A este respecto, el uso del Saridon sigue siendo una práctica que desafortunadamente sigue dándose.

Podríamos contar centenares de historias, todas distintas pero unidas por una particularidad: convierten las nociones abstractas de la economía y la política, y las materializan en el cuerpo humano. Estas historias son una fuente de riqueza para la vida sindical. Para Homero, las rivalidades entre los dioses del Olimpo desataban las pasiones, risas y tristezas del ser humano. En estas historias, los conceptos aparentemente sofisticados de explotación, dominación o solidaridad son los que aterrizan con estrépito en el escenario de la realidad, para moldear los cuerpos, animarlos, arrancarles una sonrisa, desatar su cólera o apagarlos con la muerte. Cada una de estas historias desvela la sencilla verdad de fenómenos muy complejos y, a la vez, muestran que nada es realmente simple. Como dice un proverbio yiddish, Ibergekumene tsores iz gut tsu dertseyln: "contar las desgracias alivia". Alivia a quien cuenta y transmite su experiencia. Alivia a quien escucha y recibe, a cambio, en un mismo gesto la comprensión del mundo tal y como es y la voluntad de transformarlo.

Estas son las historias que dieron el primer empujón a este libro. No tenían sitio realmente en la manera habitual de tratar los problemas de salud laboral, resultaban incómodas porque su realidad sobrepasa el aislamiento, la ocultación y el rechazo de las construcciones abstractas. ¿Debíamos ignorar estas historias, tratarlas como bichos raros?¿O debíamos intentar comprenderlas para agudizar nuestro sentido crítico? El propósito de este libro es utilizar la abstracción de los conceptos para pasar luego a la realidad cotidiana de la lucha por la salud y la dignidad en el trabajo.

***

Este trabajo parte de un estudio realizado entre septiembre de 2001 y junio de 2002 por el BTS, en colaboración con dos centros de investigación de la Universidad Libre de Bruselas. El libro analiza los resultados del estudio y propone algunas reflexiones.

Aunque tenga una fecha precisa, este trabajo no es tanto el "informe final" de un trabajo acabado, como un eslabón más de la reflexión que se inició hace una década en el seno del movimiento sindical europeo. Se ha servido de un amplio trabajo colectivo en el que han participado tanto el BTS como el Comité de Mujeres de la CES, así como responsables de las organizaciones sindicales europeas que se ocupan de la salud laboral y muchas otras personas e instituciones.

Los temas tratados abarcan una gran diversidad de campos, por lo que era necesario trazar un esquema que cumpliera ciertos requisitos. Este libro está dirigido principalmente a las/os sindicalistas comprometidas/os en la lucha por la salud laboral y, de manera más general, al mundo de la prevención. En resumidas cuentas, a un público que no está necesariamente familiarizado con el feminismo y la aplicación del análisis de género.

En muchos casos, apenas hemos indicado el principio del camino. Por ejemplo, al efectuar un análisis de las relaciones entre el tiempo de trabajo y la salud, hay que tratar diversos aspectos: jornada laboral y organización del trabajo asalariado, tiempo de trabajo doméstico, contenido respectivo de las actividades asalariadas y domésticas y la manera en que interactúan, niveles de socialización del trabajo de reproducción, transformación de las actividades de ocio en mercancías, etc. Sólo hemos podido presentar algunos de los hilos de la red. Cada lectora y cada lector podrán, tirando de cualquiera de estos hilos, reinventar su red, descubriendo innumerables vínculos con su experiencia personal.

Por otro lado, había que tener en cuenta las distintas tradiciones terminológicas de los países europeos en los que se emprendió esta reflexión común. No se trata de las dificultades léxicas relacionadas con la mera traducción. Tras las palabras se esconden conceptos políticos y teóricos discordantes. De este modo, el concepto de "relaciones sociales entre los sexos", relativamente familiar en Francia, tiene difícil traducción en inglés, y su uso en italiano es muy limitado a pesar de no presentar problemas de traducción. El término "género" ha conocido un importante auge en los últimos años, pero, en Italia, el término "diferencia sexual" aparece más a menudo. Además, la

polisemia del término "género" tiene numerosos usos posibles. Ocurre lo mismo en función del país y el contexto (representación política, distribución de riquezas, formación, trabajo, etc.), se observan diferentes usos de los términos "igualdad", "carácter mixto" y "paridad". No nos era posible discutir aquí las diferencias terminológicas, las cuestiones teóricas y los objetivos políticos que representan. Sólo nos queda desear que nuestros lectores y lectoras comprendan las limitaciones del trabajo y que profundicen en su propia reflexión a través de la literatura feminista.

Por encima de estas dificultades metódicas, hay otra de mayor calado. Es imprescindible que el movimiento sindical produzca de manera autónoma sus propios conocimientos y sus propias estrategias de salud laboral. No es éste un proceso autárquico. Se nutre permanentemente de la confrontación entre distintos actores y, sobre todo, se basa en las experiencias de las trabajadoras y los trabajadores que luchan por su salud. Intenta socializar estas experiencias para poder crear un saber colectivo al servicio de la acción. Se niega a considerar a las trabajadoras y los trabajadores como un simple elemento del discurso científico producido por otros que, tantas veces, sirve para legitimar o dar eficacia a la explotación. El movimiento sindical no está más a salvo de la dominación masculina que cualquier otra institución de nuestra sociedad. Cada reflexión, cada logro, no es más que una etapa en un proceso más amplio de cuestionamiento. Este movimiento no es en absoluto lineal: también experimenta derrotas, retrocesos o períodos de estancamiento. Si el libro consiguiera impulsar la aplicación de nuevas prácticas en las que la lucha por la salud laboral integre la exigencia de una sociedad igualitaria entre hombres y mujeres, habrá cumplido su objetivo. Cederá con gusto entonces su puesto a otras aportaciones más ricas, más ambiciosas, más sistemáticas.

Parte I

El estudio del BTS sobre la perspectiva de género en la salud laboral

"Cuestionar la salud laboral a partir de los problemas derivados de las relaciones sociales entre los sexos permite estudiar el papel de la división del trabajo entre hombres y mujeres en la diferente construcción de su salud, y en la articulación de la vida productiva y la vida reproductiva. Es un hecho que permite, asimismo, desarrollar un análisis crítico de la elaboración de la legislación y la reglamentación, así como de las prácticas institucionales y sindicales en el ámbito de la salud laboral"

Annie Thébaud-Mony
(en: Hirata, Laborie, Le Doaré et Senotier, 2000, pp. 181-182)

Organización de este estudio

El estudio del BTS sobre la perspectiva de género en la salud laboral fue realizado entre septiembre de 2001 y junio de 2002. El equipo de investigación estaba compuesto por Laurent Vogel, del BTS y coordinador del estudio, Lorenzo Munar, del Centro de Sociología de la Salud de la Universidad Libre de Bruselas y Marianne De Troyer, del Centro de Sociología del Trabajo del Empleo y de la Formación de la Universidad Libre de Bruselas.
El Ministerio belga de Empleo y Trabajo ha contribuido financieramente en la realización de este estudio.
Sus principales fases han sido:

- La elaboración y el envío de dos encuestas y el análisis de las respuestas.
- El análisis de las revistas científicas y de divulgación sobre la salud laboral para localizar los artículos que incluyeran una perspectiva de la dimensión de género.
- La organización de un seminario especializado, con más de 100 participantes, celebrado en Bruselas el 16 de noviembre de 2002.

  Las encuestas fueron enviadas por correo electrónico a unas 800 direcciones de la base de datos de contactos del BTS en los países objeto del estudio. Se trataba principalmente de:
- Personas e instituciones encargadas de las políticas de prevención.
- Personas que trabajan en los servicios de prevención.
- Sindicalistas con responsabilidades en el ámbito de la salud laboral.
- Representantes de los gobiernos, de las empresas[a] y de los sindicatos del Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el trabajo, de la Unión Europea.

También se envió la encuesta a una serie de centros e instituciones que mostraron un interés especial por el estudio y no que no estaban en la base de datos del BTS.
El estudio ha sido completado con una recopilación de documentación. Hemos realizado un análisis hemerográfico de las siguientes revistas científicas (a grandes rasgos, en el período 1993-2002):
Occupational and Environmental Medicine
Ergonomics
Scandinavian Journal of Work, Environment & Health
American Journal of Industrial Medicine (Estados Unidos)
Journal of Occupational and Environmental Medicine (Estados Unidos)
Travail Genre et Société (revista del MAGE - Francia)
Les Cahiers du MAGE (Francia)

Santé et Travail (Francia)
Pistes (Québec)[b]
Médecine et Travail (Francia)
Social Science & Medicine
Chronique féministe (Bélgica)
Gaceta Sanitaria (España) (análisis : 1999-2003)
New Solutions[c] (Estados Unidos) (análisis :1994-2002)

También hemos analizado la prensa sindical especializada en salud laboral o en temas de igualdad:
Por Experiencia (España)
2087 (Italia)
Risks (Reino Unido)
Trabajadora (España) (análisis a partir del año 2000)

a. No se ha recibido ninguna respuesta por parte de las organizaciones patronales.
b. Se puede consultar esta publicación electrónica multidisciplinar en la siguiente página de Internet: http://www.pistes.uqam.ca/index.html.
c. *New Solutions* tiene la particularidad de ser una revista científica creada por iniciativa de una organización sindical: *Oil, Chemical and Atomic Workers International Union*. Actualmente se publica bajo la dirección de un comité de redacción independiente. Sigue manteniendo la línea de los debates entre científicos y organizaciones militantes en el campo de la salud laboral y del medio ambiente.

Capítulo 1
Principales resultados del estudio

El BTS ha realizado un estudio cualitativo. La difusión de varios centenares de cuestionarios se ha llevado a cabo mediante una agenda de contactos elaborada por el BTS. La colaboración de varios portales de Internet ha contribuido a la difusión de las encuestas. El Comité de Mujeres de la CES (Confederación Europea de Sindicatos) también ha difundido el cuestionario en la red de dirigentes sindicales encargadas de los asuntos de igualdad. Teniendo en cuenta la complejidad del cuestionario, el número de respuestas recibidas (150) resulta alentador. Las respuestas reflejan 240 casos, aunque debido a la repetición de algunos de ellos, la muestra real ha sido de 227 casos. Las respuestas estructuradas se han completado con la recepción de varios centenares de documentos de distinta naturaleza (literatura científica, material formativo, estadísticas, artículos de la prensa sindical o generalista, jurisprudencia, material de movilización sindical, etc.). Algunos de estos documentos acompañaban las respuestas de los cuestionarios, mientras que otros nos han llegado aparte, sin una respuesta formal.

Un interés desigual según el país

El número de respuestas permite evaluar de manera aproximada el interés de cada país hacia la dimensión de género. Desde Irlanda, país del que no se han obtenido respuestas, hasta las 31 respuestas de Italia y España, se puede observar el interés desigual suscitado por el estudio en cada país (véase cuadro 1). Sin embargo, habría que matizar la impresión que se desprende de los datos cuantitativos en referencia al número de respuestas. En algunos países (Reino Unido, Finlandia y Suecia principalmente) se han emitido respuestas concertadas, lo que quiere decir que una sola respuesta reflejaba los casos de distintos actores. Esto se puede observar en el número relativamente alto de casos reflejados (23, 16 y 12 respectivamente) con respecto al número de respuestas recibidas. Por otro lado, la encuesta ha sido difundida en distintos países por diversas organizaciones y sitios Web, de manera que los cuestionarios originales (disponibles en francés, inglés y alemán) se han traducido al español e italiano gracias a la iniciativa de algunas organizaciones sindicales. Este hecho refleja el interés existente sobre la dimen-

sión de género en el ámbito de la salud laboral, pero también ayuda a explicar el mayor número de respuestas de algunos países así como el origen las mismas.

Cuadro 1: **Reparto por países de las respuestas a la encuesta del BTS**

	Respuestas	Respuestas %*	Casos recogidos
Alemania	15	10%	10
Austria	7	5%	9
Bélgica	8	5%	15
Dinamarca	7	5%	9
España	31	21%	37
Finlandia	4	3%	16
Francia	15	10%	23
Grecia	4	3%	7
Irlanda	0	0%	0
Italia	31	21%	49
Luxemburgo	2	1%	1
Holanda	6	4%	9
Portugal	6	4%	7
Reino Unido	8	5%	23
Suecia	6	4%	12
Total	150	100%	227

(* porcentajes redondeados)
Lorenzo Munar ha realizado todos los cuadros de este capítulo

El análisis de la bibliografía nos ha permitido confirmar, y a veces matizar, las grandes tendencias que se extraen del análisis de las respuestas a los cuestionarios.

Parece posible establecer tres grupos de países en los que la dimensión de género forma parte de los debates sobre salud laboral.

En los países nórdicos, este hecho refleja una demanda social de igualdad que se refleja también en las políticas institucionales. Se han recogido datos de manera mucho más sistemática que en otros países gracias a la elaboración de indicadores sobre género, la puesta en marcha de programas específicos y la cooperación entre los distintos agentes. Sin embargo, el número de casos prácticos reflejados en el estudio no ha sido particularmente elevado, lo cual se explica por dos motivos posibles. Por un lado, podríamos pensar que la relativa institucionalización de la perspectiva de género ha mermado la dinámica militante feminista. En particular, el asunto de la segregación de los puestos de trabajo, a pesar de ser un problema importante en los países nórdicos, no parece detectarse como un problema prioritario en materia de salud laboral[2]. Por otro lado, hay una hipótesis más optimista que supondría que el reconocimiento de la dimensión de género ya se ha alcanzado y que, por tanto, no suele

2. En los estudios de casos reales veremos una contribución de Dinamarca sobre las mujeres en la industria de la construcción.

aludirse a ésta de manera específica. Sin excluir esta explicación para algunas situaciones, no creemos que sea la tónica general.

En algunos países latinos (Francia, España e Italia) la demanda social es evidente y se refleja en la actualidad a través de prácticas de ámbito local y de carácter militante. A pesar de esto, las grandes instituciones le dan aún una importancia relativamente pequeña, aunque se observan avances a lo largo de los últimos años. En Italia, durante los años 80 y 90, se produjo un importante debate sobre el empleo del tiempo, del que surgió una convergencia entre las corrientes feministas y el movimiento sindical (Balbo, 1987; Tempia, 1993). Los debates teóricos se basaban en multitud de estudios. Surge entonces una nueva dinámica tanto en las reivindicaciones sindicales como en las iniciativas legislativas (principalmente en las administraciones locales) que consiste en actuar simultáneamente sobre las condiciones de vida y las laborales, de manera que se tuvieran en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. Este debate y, sobre todo, las dinámicas de transformación que generaron, han perdido gran parte de su fuerza. En un ambiente general de "restauración", las relaciones entre el movimiento feminista y el movimiento sindical parecen haberse enfriado. Sin embargo, las prácticas sindicales a nivel local o regional conducen al reconocimiento de la dimensión de género dentro del ámbito de la salud laboral, y la reivindican. España se encuentra, de alguna manera, en un punto intermedio. Podemos encontrar a la vez prácticas militantes locales caracterizadas por una integración, al menos parcial, de la perspectiva feminista en el movimiento sindical, y el principio de una integración de la dimensión de género por parte de las instituciones que parece limitarse por el momento a la producción de teoría. La larga tradición sindical en España de compromisos en los debates sociales, sin duda también ha contribuido a que esta apertura supere los límites de la mera relación laboral en la empresa. Portugal presenta una situación más compleja. La Comisión para la Igualdad en el Trabajo y el Empleo (CITE) defendió con vigor y coherencia una aproximación integral vinculada a la contribución del feminismo, aunque, en la práctica, no hemos encontrado la misma dinámica que en los demás países latinos en términos de experiencia de movilización y de transformación en el lugar de trabajo.

En el Reino Unido parece darse un enfoque más pragmático que no plantea de manera explícita los problemas relacionados con la segregación sexual en el trabajo. Dicho enfoque conlleva iniciativas locales generalmente de origen sindical, así como pro-

gramas de investigación más sensibles a la dimensión de género en las instituciones encargadas de la salud laboral. Alemania y Austria presentan ciertas similitudes con esta situación, aunque el papel central que representan los organismos de compensación de accidentes laborales y enfermedades profesionales en estos dos países no facilita una comprensión global de las relaciones sociales.

Los distintos agentes

El cuadro siguiente indica el reparto, por tipo de organismo, de las respuestas recibidas en la encuesta del BTS.

Cuadro 2: **Reparto por tipo de organización de las respuestas a la encuesta del BTS**

Institución encargada de impulsar las políticas de prevención de salud laboral	13%
Institución encargada de las políticas de igualdad	3%
Organización sindical	31%
Servicio de prevención	9%
Centro / Organismo de investigación	21%
Otros	23%
Total	100%

La mayoría de las respuestas provienen de organizaciones sindicales (31%), debido en parte a que los contactos del BTS son especialmente numerosos en el mundo sindical. Por otro lado, cabe resaltar que a nivel local (una empresa o un sector de actividad), la demanda principal proviene de los organismos sindicales. Evidentemente, existen notables diferencias entre cada país. El mayor número de iniciativas sindicales reflejadas en el estudio procede de tres países: España, Italia y Reino Unido.

Los organismos de investigación, de naturaleza muy diferente, también han aportado un porcentaje elevado de respuestas (23%). A menudo se trata de instituciones dedicadas a la salud laboral, pero otras veces, y en menor medida, se trata de instituciones de salud pública o de centros de investigación sociológica. La frontera entre estas instituciones y las que se encargan de promover las políticas de prevención no siempre está clara. De entre las numerosas disciplinas representadas, se observa, sin embargo, que la investigación epidemiológica sólo tenía una presencia testimonial, mientras que los demás campos de la investigación médica, la ergonomía, la psicología y la sociología han supuesto la mayor parte de los datos que hemos recibido.

En general, las instituciones encargadas de impulsar las políticas de prevención han respondido a nuestro cuestionario en la

mayoría de los países (13% de las respuestas). Sin embargo, el análisis de las respuestas revela claras diferencias. En algunos países (los países escandinavos principalmente) parece que la perspectiva de género se aplica a un gran abanico de problemas de salud laboral, al menos en el campo de la investigación y el de la estadística. En otros países la dimensión de género es considerada más bien como un sinónimo de los "problemas específicos de las mujeres" (en particular, en lo relacionado con la protección de la maternidad). Nos encontramos aquí con una dificultad que ha aparecido continuamente como un asunto clave a lo largo de nuestro estudio. La integración de la dimensión de género en la salud laboral no se puede llevar a cabo únicamente mediante el análisis y la identificación de los riesgos específicos. Las instituciones encargadas de la salud laboral no suelen estar bien preparadas para efectuar la transición del análisis de riesgos a la perspectiva integral incorporando las relaciones de género como relaciones sociales que ocurren tanto en el lugar de trabajo (remunerado) como fuera de éste (familia, escuela, poder político, sexualidad, salud, etc.). Esto nos conduce al problema fundamental de las relaciones entre las políticas de prevención y las transformaciones sociales.

Los servicios de prevención empiezan poco a poco a integrar la dimensión de género en sus actividades de ámbito local, aunque generalmente sólo ocurra en sectores muy feminizados o en los asuntos relacionados con problemas considerados "específicamente femeninos"[3]. El número de respuestas recibidas (9%) no nos permite establecer una muestra representativa de estos servicios, y sólo podemos preguntarnos sobre la forma, todavía limitada, en que los servicios se van ampliando para acoger la demanda de los colectivos laborales y las organizaciones sindicales, lo cual plantea evidentemente el problema de su independencia real con respecto a las presiones patronales. Sólo un país representa una excepción importante: Francia, con el 33% de las respuestas provenientes de los servicios preventivos (servicios médicos del trabajo) frente al 7% de las respuestas provenientes de las organizaciones sindicales. Esto confirmaría el interés puesto en la dimensión de género por un sector de los médicos del trabajo (véase el cuadro de la p. 28 sobre el libro de Eve Semat). Hay dos factores que probablemente hayan contribuido a este hecho: la feminización de la profesión y el hecho de que los médicos del trabajo preocupados por las prácticas preventivas sobre la dimensión de género formen parte de una corriente crítica que cuestiona las prácticas profesionales centradas tradicionalmente en el estado de salud individual de los trabajadores (SMT, 1998).

3. Los obstáculos son grandes incluso en los sectores altamente feminizados, como lo indica un estudio realizado entre los/las representantes de seguridad laboral en los sindicatos británicos (Kirby, 1998). La integración de los problemas de las trabajadoras en las actividades preventivas realizadas en las empresas sigue siendo escasa (aproximadamente un 20% de respuestas positivas para las políticas preventivas de la empresa y la evaluación de riesgos). Sin embargo, la muestra de las personas encuestadas correspondía a sectores altamente feminizados (un 78% de las respuestas provenían del sector público, de las que un 42% del ámbito de la salud, un 16% del de la educación y un 13% de las administraciones locales).

Las instituciones encargadas de impulsar o supervisar las políticas de igualdad de oportunidades han aportado un porcentaje de respuestas muy reducido (3%). El análisis de la bibliografía confirma la débil presencia de la salud laboral en las desigualdades relativas al trabajo remunerado. Pensamos que la relativa eliminación del tema de la salud laboral (en el más amplio sentido de interacción entre condiciones de trabajo y salud) muestra uno de los límites de una política de igualdad definida en términos de igualdad de oportunidades y no de igualdad social. Volveremos a este aspecto cuando hablemos del análisis de las políticas existentes.

Nos ha chocado especialmente la poca reflexión que hemos encontrado sobre las condiciones laborales en los debates sobre empleo mixto, esto es, los puestos de trabajo compartidos por hombres y mujeres. En la mayoría de los casos se le da mucha importancia a las posibilidades de conciliación entre vida profesional y vida privada, pero parece como si, más allá de los cambios en la jornada laboral entendidos en un sentido amplio (horarios, trabajo a tiempo parcial, permisos especiales, etc.), la transformación de las condiciones laborales, para hacerlas compatibles, siguiera siendo un tabú.

No hemos recibido ninguna respuesta de organizaciones de mujeres que no fueran específicamente sindicales[4]. Una de las causas podría ser, en parte, la falta de relaciones directas entre las instituciones que trabajan en el área de igualdad y el feminismo militante. También puede deberse a la relativa dispersión de las organizaciones que han colaborado en este estudio. El análisis de las publicaciones feministas o dedicadas a los estudios de la mujer (*Women's Studies*) revela resultados muy dispares. De todas las personas dedicadas a la investigación feminista en Europa[5], tan sólo un número relativamente pequeño parece trabajar en el ámbito de la salud laboral. A pesar de lo mucho que se ha escrito sobre empleo y de que la investigación feminista sobre salud no es poca, la salud laboral sigue siendo un tema poco estudiado, salvo cuando los conflictos sociales lo sitúan en un marco más amplío que afecta a la división sexual del trabajo (huelgas de enfermeras) o en lo relativo a algunos temas específicos (principalmente las distintas formas de violencia física y psicológica en el trabajo).

Algo más de dos tercios de las personas que han contestado a la encuesta eran mujeres[6]. Sin duda, la percepción de la importancia de la dimensión de género es mayor entre las mujeres que entre los hombres, independientemente de la organización (sindicato, servicio de prevención, institución de investigación,

4. Las respuestas de las organizaciones de mujeres en los sindicatos provenían generalmente de las comisiones femeninas creadas en algunas organizaciones sindicales. También hemos obtenido una respuesta del KAD, la Federación de Mujeres Obreras de Dinamarca.

5. En otras partes del mundo (Brasil, Québec), la literatura feminista parece abordar de manera más sistemática los temas relacionados con la salud laboral, aunque quizá nuestra percepción sea engañosa debido a que los contactos que hemos hecho con las feministas de Brasil o Québec han surgido en el marco de las investigaciones sobre la salud laboral.

6. Entre las personas que respondieron, hemos podido identificar a 95 mujeres y 46 hombres. La identificación no ha sido posible en 10 casos porque el nombre no lo permitía o porque sólo había una inicial. Si la respuesta provenía de una institución, hemos identificado a la persona que nos la hizo llegar, a pesar de que, en algunos casos, se trataba de una respuesta colectiva.

etc.). Esto no es un hecho aislado: la mayoría de los artículos y libros sobre dimensión de género en salud laboral están escritos por mujeres, lo que parece reflejar la persistencia de dos estereotipos: para los hombres no existe una dimensión de género, al ser el hombre la norma de referencia del ser humano; el género no es más que un eufemismo para tratar problemas específicos de las mujeres.

Fuerte especialización por sectores

El siguiente cuadro muestra el reparto por sector de actividad de los casos estudiados:

Cuadro 3: **Reparto por sectores de actividad de los casos recogidos en la encuesta del BTS**

Administración pública	3%
Agricultura	0,5%
Banca / Seguros	1%
Construcción	1%
Distribución / Comercio	4%
Enseñanza	2%
Industria (química)	0,5%
Industria (sin especificar)	3%
Limpieza	1%
Salud / Servicios sociales	11%
Textil / Calzado / Confecciones	4%
Trabajo doméstico / Conciliación trab. doméstico - trab. remunerado	3%
Transporte / Telecomunicaciones y otros sectores	3%
Varios sectores de actividad	57%
Sin especificar	5%
Total	99%

Al analizar los casos estudiados constatamos que en muchos de ellos no se especifica el sector de actividad o la profesión. Esto se debe a menudo al carácter transversal de algunas investigaciones (como, por ejemplo, los problemas de conciliación entre el trabajo asalariado y los demás aspectos de la vida). Al identificar un sector o profesión, constatamos que la mayoría de los casos se refieren a un número reducido de sectores o profesiones.

Un 36% de los casos estudiados tiene que ver con un sector específico. En más de uno de cada cuatro casos se trata de salud y servicios sociales (principalmente enfermeras en un entorno hospitalario); en uno de cada diez casos se trata de distribución y comercio (principalmente cajeras de grandes almacenes); la industria ha supuesto un número relativamente bajo de casos (menos de una cuarta parte de los sectores identificados) siendo más frecuentes los sectores del textil, el calzado y la confección. En nuestra opinión, esto se explica por la interacción de dos factores. El factor objetivo, evidente-

mente, está relacionado con la segregación sexual ya que la percepción de la dimensión de género sólo suele darse en profesiones mayoritariamente feminizadas. Pero a este factor objetivo se le añade un factor relacionado con la toma de consciencia específica por parte de ciertos sectores y/o profesiones que no se deriva automáticamente de la composición de la fuerza de trabajo. Este es un fenómeno que podemos observar claramente en los conflictos sociales protagonizados por las enfermeras (Kergoat, 1992). En los últimos quince años, los conflictos sociales de esta profesión han facilitado la creación de una conciencia colectiva en la que la crítica a las condiciones laborales está irremediablemente unida a la dimensión de género. Parece evidente que esta concienciación depende en gran medida de una movilización masiva (de un gran número de mujeres), aunque no siempre sea el caso. A este respecto resulta chocante que la enseñanza, que en ciertos niveles como infantil o primaria está muy feminizada, no haya sido objeto de tal concienciación colectiva y no aparezca casi nunca en las respuestas que hemos recibido[7]. El trabajo doméstico asalariado constituye un caso extremo ya que, aunque la dimensión de género parece evidente, ninguno de nuestros interlocutores nos ha comunicado iniciativa alguna en este sector. El análisis de la bibliografía confirma esta impresión generalizada: las pésimas condiciones laborales siguen siendo ignoradas por las políticas de prevención. La enorme atomización de las trabajadoras del sector y las grandes dificultades para el desarrollo de las organizaciones sindicales y de las acciones colectivas, interactúan con la equivocada y extendida impresión de que el trabajo doméstico es un trabajo carente de riesgos. Es aún más preocupante teniendo en cuenta que en varios países una parte del trabajo asalariado relacionado con los niños pequeños y los ancianos está tendiendo hacia un modelo de organización similar al del trabajo doméstico.

Hay que destacar para terminar que la perspectiva de las condiciones laborales de los hombres (o de los colectivos de mayoría masculina) no tiene en cuenta casi nunca la dimensión de género, salvo cuando los colectivos se encuentran en crisis a causa de su feminización, que puede estar relacionada con la llegada de las mujeres a una profesión tradicionalmente masculina, o con una transformación de los roles sin que el sexo de los trabajadores tenga nada que ver. Estamos convencidos de que el análisis del trabajo masculino es una tarea imposible sin la intervención de la dimensión de género, si bien esta perspectiva implicaría que se deje de considerar lo masculino como el referente implícito de la normalidad.

7. Los estudios que hemos podido consultar sobre la dimensión de género en la enseñanza no provenían directamente de las respuestas a nuestra encuesta. Gracias a la búsqueda de documentación de los fondos bibliográficos del BTS, hemos encontrado varios estudios de Brasil (véase, principalmente, Brito et al., 2001) y de Québec (Messing et al., 1996).

Hay sectores que, definidos de una manera amplia, pueden verse beneficiados por la consideración de la dimensión de género desde una perspectiva interprofesional. La experiencia de una federación sindical española que abarca el conjunto de profesiones de las comunicaciones y del transporte ilustra el potencial de un proceso que pone en común la experiencia de distintos colectivos laborales, algunos de ellos muy feminizados, y otros que siguen siendo bastiones masculinos. A lo largo del estudio se reunieron a grupos de mujeres[8] de siete colectivos específicos (actores y actrices; bailarinas; personal de correos; personal administrativo, de limpieza, electricistas y conductoras de trenes; personal de una empresa telefónica y otros sectores de la comunicación; personal administrativo de la sede central de una agencia de alquiler de coches y personal de los medios de comunicación). Este método de trabajo permitió enfrentar distintas percepciones de las condiciones laborales que a priori parecen "femeninas", con otras de carácter mixto[9].

8. De los siete grupos del estudio, sólo el grupo de los actores era mixto.

9. Podemos encontrar una experiencia comparable en la política de salud laboral de la federación sindical COMEDIA, de Suiza, que abarca el sector de los medios de comunicación y reúne a numerosas profesiones.

Cierta especialización temática

Las respuestas sugieren también que la dimensión de género se aborda más a menudo en el caso de riesgos emergentes[10] (56% de los casos estudiados) que en el de riesgos tradicionales, si bien estos datos deben manejarse con prudencia. De hecho, mientras que los riesgos relacionados con productos químicos y agentes físicos sólo han sido mencionados en un 17% de los casos estudiados, las demás categorías de riesgos que aparecen más sistemáticamente pueden coexistir con los riesgos tradicionales. Un 11% de los casos estudiados tiene que ver con riesgos para la salud reproductiva.

10. Consideramos como riesgos emergentes, los constituidos por estas cuatro categorías: riesgos vinculados a la organización y la intensificación del trabajo, riesgos ergonómicos, trastornos músculo-esqueléticos y riesgos psicosociales.

Cuadro 4: **Reparto por categoría de riesgo de los casos recogidos en la encuesta del BTS**

Riesgos vinculados a la organización y la intensificación del trabajo	14%
Riesgos ergonómicos	12%
Trastornos musculoesqueléticos (TME)	12%
Riesgos psicosociales	18%
Riesgos vinculados a los productos químicos	9%
Riesgos vinculados a agentes físicos	8%
Riesgos para la salud reproductiva, salud de las mujeres embarazadas	11%
Otros	15%
Total	99%

En la categoría de riesgos, un 15% de los casos ha sido definido como "otros riesgos". Cabe preguntarse si los accidentes laborales de las profesiones y sectores de fuerte concentración

femenina no están infravalorados, ya que la prevención de los accidentes laborales sólo ha sido mencionada de manera completamente excepcional.

La interacción entre trabajo asalariado y trabajo no remunerado de reproducción únicamente se aborda de forma ocasional (salvo para el tema, bastante limitado, de la "conciliación"). Los trabajos más sistemáticos que hemos encontrado se refieren al caso español, tanto a nivel de encuestas como de la reflexión teórica. En salud reproductiva sigue siendo excepcional una perspectiva más amplia que no se limite a la protección de la maternidad[11]. Nos ha extrañado la tímida presencia de la cuestión de la jornada laboral como problema general en salud laboral. Hay numerosas investigaciones generales que demuestran diferentes prácticas en lo relativo a la jornada laboral de hombres y mujeres. Sin embargo, cuando se analiza la práctica de la salud laboral en las empresas, apenas se trata el tema de la jornada laboral fuera de los sistemas de gestión individual, que parecen permitir una mejora en la conciliación entre vida profesional y vida familiar. Sería útil mencionar, como excepción a esta tendencia general, las experiencias sindicales españolas cuyos/as responsables negociadores de la jornada laboral son invitados/as a cotejar su experiencia con la de militantes encargados/as de los temas de igualdad y salud laboral.

11. Entre los casos a los que hemos tenido acceso, sólo un estudio de la Toscana plantea el problema de la relación entre las condiciones de trabajo y la vida sexual.

Mucha más teoría que acción

El 70% de los 227 casos que hemos estudiado puede clasificarse como investigaciones. Pensamos que este dato refleja la situación actual de manera general. Se está empezando a llevar a cabo investigaciones a distintos niveles, pero su aplicación efectiva en forma de prácticas preventivas continúa encontrándose con obstáculos. Resulta significativo que la recopilación de estudios publicados en Francia por un colectivo de médicos del trabajo sobre los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres (Semat, 2000) plantee la siguiente pregunta: ¿cómo ir más allá de los testimonios individuales? Una de las razones por las que se realizó ese trabajo colectivo, realizado de manera voluntaria por un sector de médicos del trabajo, fue la constatación de la diferencia existente entre, por una parte, la riqueza de los testimonios recogidos en las entrevistas individuales y la urgencia de las cuestiones que se planteaban y, por otra, la dificultad encontrada a la hora de aportar respuestas preventivas satisfactorias sin cuestionar las prácticas tradicionales de esta profesión[12].

12. Véase en especial la contribución de Fabienne Bardot, *De la solitude à la coopération et à la stratégie par l'action*, Semat, 2001, pp. 227-230.

La mayoría de las acciones preventivas son tan sólo acciones puntuales (por ejemplo, una campaña de información sobre tal o cual riesgo, una sesión formativa, etc.). A nuestro entender, aparecen es este ámbito dos dificultades. La primera está bastante extendida en el ámbito de salud laboral: las prácticas colectivas y, en general, las luchas reivindicativas son numerosas aunque casi siempre intermitentes, cuesta definirlas como una estrategia global de movilización a largo plazo. La segunda reside en la constante falta de conexión que se observa entre las cuestiones de igualdad y las de salud laboral.

Las movilizaciones sociales cuentan con una dificultad añadida: están mal documentadas e incluso las propias organizaciones sindicales disponen de materiales muy dispersos sobre las experiencias concretas de lucha reivindicativa en el lugar de trabajo. Hemos encontrado cierta información en la prensa sindical y, en menor medida, en los estudios sociológicos dedicados a las movilizaciones de especial relevancia como las huelgas de enfermeras en Francia. Por lo demás, los movimientos reivindicativos sobre igualdad se centran en raras ocasiones en un solo ámbito: la salud laboral, las condiciones laborales, el reconocimiento de las cualificaciones, el aumento salarial, la lucha contra las ofensas a la dignidad, etc., son temas que suelen aparecer juntos cuando se concede la palabra a los colectivos laborales. Ocurre lo mismo con toda la bibliografía histórica que hemos analizado.

En la conclusión volveremos a hablar de los obstáculos que explican, a nuestro entender, la dificultad que hay para dar el paso de la teoría a la acción preventiva.

Mujer, trabajo y violencia

Femmes au travail, violences vécues (Mujeres trabajadoras, violencias vividas) es un trabajo escrito bajo el nombre de Eve Semat, pseudónimo de un colectivo formado por 32 médicos del trabajo, miembros de la asociación francesa Salud y Medicina del Trabajo (SMT). La obra es una recopilación de testimonios estremecedores sobre las condiciones laborales de las mujeres y hace evidente la necesidad de preguntarse sobre los factores determinantes biológicos, económicos, y socioculturales de la precarización de las mujeres.

En su primera obra, *Souffrance et précarité au travail. Paroles de médecins du travail (1994)* (Sufrimiento y precariedad laboral. Testimonios de médicos del trabajo), la SMT destacaba la relación entre la degradación general de las condiciones laborales de las mujeres y los datos existentes sobre empleo y precariedad: un 14% de las mujeres están en el paro frente a un 10% de los hombres, un 10% de mujeres tienen empleos precarios frente a un 7% de los hombres. A pesar del continuo incremento del nivel formativo de las mujeres, la precariedad no deja de aumentar, se impone la jornada parcial y aumenta la contratación en puestos de nivel formativo inferior al adquirido. Además, los ingresos de cada vez más mujeres son insuficientes para satisfacer sus necesidades y las de sus familias. Aunque representan el 46% de la población activa, suponen el 80% de los bajos salarios. Ciertos estudios han demostrado que la repartición por sexo de los factores perjudiciales en el trabajo no es similar incluso dentro de una misma categoría de trabajadores. El peso de los factores perjudiciales más estrictos del ritmo de trabajo recae principalmente en las mujeres (...).

Nos choca en particular, además del sufrimiento destapado, el silencio de las mujeres. ¿Deberá esta violencia seguir escondida bajo un manto durante mucho tiempo? ¿La confidencialidad y el secreto médico deben seguir silenciando el sufrimiento de las mujeres? Durante un tiempo no pudimos reaccionar ante esta paradoja: cuando, más allá del acompañamiento individual, hubiéramos deseado intervenir en el ámbito de la empresa, la única manera de no perjudicar a estas mujeres era el respeto a su silencio. No obstante, mientras que la denuncia del sufrimiento pone a las mujeres en una situación de fragilidad, la idea de publicar sus experiencias las cautivó desde el principio y mostraron su acuerdo enseguida. Por este motivo los médicos del trabajo de la SMT decidieron recopilar nuevos testimonios.

Nuestra intención ha sido la de recoger los hechos violentos vividos por las mujeres en el ámbito laboral: agresiones verbales, acoso, ofensa a la dignidad, prohibición de hablar, intimidación, etc. Ante tales situaciones, en las que las mujeres no podían encontrar escapatoria alguna a su sufrimiento, ni tenían posibilidad de acceder a otro empleo, hemos considerado que existía "violencia", a pesar de que no sufrieran daños físicos. En el trabajo de las mujeres la "violencia" empieza con la indiferencia, con esa negación de los demás y de una misma, que no es todavía violencia, pero sí el germen de ésta. Frente a tales testimonios debíamos plantearnos la siguiente pregunta: ¿cómo hacer frente a la violencia? Nos enfrentábamos a nuestra propia profesión y debíamos pasar de la ética del secreto profesional al análisis de nuestras actuaciones. Poder escuchar, intentar comprender y conceder la palabra no era suficiente para transmitir la realidad de nuestro trabajo.

¿Puede la violencia sufrida por las mujeres ser destructora? ¿Puede la resistencia ser silenciosa? Más allá del silencio, ¿se puede conservar la dignidad sin hacer algo para conseguirlo? ¿O quizás se trate de rabia interiorizada y controlada, de indignación, de enfrentamiento, de desobediencia? Las consecuencias, más allá del miedo, ¿llegan hasta los problemas de salud, la enfermedad? La actividad laboral no es sólo lo que se hace. Las actividades no realizadas, suspendidas, aplazadas, las actividades que salen mal o que se desean, quizá nunca sean llevadas a cabo, pero son reales para los que trabajan. Somos conscientes de cómo la pasividad impuesta en determinadas situaciones es más dura que la actividad realizada. Esta nueva perspectiva nos obliga, como médicos del trabajo, a tener en cuenta en el ámbito de la salud tanto la actividad laboral como la singularidad de cada trabajador.

Algunas mujeres encuentran un espacio de libertad, tiempo y contacto directo en la consulta médica. La necesidad de romper el silencio y la intensidad de lo que van a contar las empuja a decir quiénes son, a descubrir sus deseos y a desvelar su vulnerabilidad, pero también a afirmar su fuerza frente al trabajo. Esas situaciones se convierten en momentos de autoafirmación, de resistencia, de límites al ejercicio de la violencia. En este ambiente las mujeres se sienten distintas, descubren su capacidad de acción, nos hablan de la indignación que experimentan al sentirse timadas, desprovistas de las competencias ya conquistadas, para perderlas poco después. Manifiestan su vergüenza cuando la enfermedad, la discapacidad o la edad las condenan a la exclusión o la incapacidad laboral. Pero también manifiestan y reivindican, silenciosamente, su dignidad, su capacidad de aguante, de resistencia. Estos hechos nos obligan a sobrepasar nuestras propias dificultades de actuación, a replantearnos el oficio y a desarrollar nuevas prácticas profesionales.

Es necesario por tanto dotar de visibilidad a estas actuaciones, recurrir a la imaginación creativa, aportar una asistencia no sustitutiva. Volver al nivel de los objetos, tan limitado como sea necesario, allí donde los trabajadores están, ir al nivel de actividad en que los trabajadores expresan sus preocupaciones y responsabilidad frente al mundo normal. En ese nivel es donde se puede crear un espacio de resistencia, donde se puede inventar y se pueden desarrollar nuevos derechos.

Más allá del testimonio individual, *Femmes au travail, violences vécues* pretende también dar la palabra a esa obra invisible en el trabajo que consiste en abandonar la violencia y tomar partido, apoyándonos en la experiencia vivida. No se trata tan sólo de hablar de los daños a la salud, de la desigualdad social, sino también de hacer ver "ese espacio político de la salud" que pueden recuperar los trabajadores a partir de su historia personal, y reencontrarse así con el poder de acción ante el sistema.

Eve Semat
(Odile Riquet y Denise Parent-Renou)

Parte III

El estado de la cuestión

En un reciente artículo de F. Carnevale (2002) dedicado a la salud de las trabajadoras y titulado *Trois siècles de lutte* (Tres siglos de lucha) se puede seguir el rastro de las múltiples estrategias aplicadas por las mujeres para cambiar las condiciones laborales que afectaban a su salud. Dado que no podían cambiarlas, utilizaban otras estrategias para minimizar los daños a la salud: cambio de trabajo, retirada provisional o definitiva del mercado laboral, absentismo, sabotaje en la producción provocando averías e incidencias técnicas, denuncia ante la opinión pública de las malas condiciones laborales, etc.

En el ámbito de la salud laboral, la acción colectiva ha precedido normalmente al conocimiento teórico. Este conocimiento se ha ido construyendo mediante una relación compleja entre las estrategias de lucha en materia de salud llevadas aplicadas por las trabajadoras y los trabajadores. A veces ha supuesto un impulso decisivo para la lucha y a menudo se ha nutrido de ésta. Normalmente ha servido de puente entre la acción social llevada a cabo por las trabajadoras y los trabajadores y las instituciones, principalmente el Estado. Tal mediación ha tomado distintas formas: desde la transmisión de necesidades hasta su ocultación, desde la legitimación de la lucha hasta la culpabilización de las víctimas. Su propia legitimidad se ha construido generalmente sobre la base de la neutralidad objetiva, lo cual ha tenido dos consecuencias. Los especialistas se han impuesto una especie de autolimitación en la capacidad de afrontar los problemas sociales subyacentes en cada ámbito, han aprendido a combatir los factores profesionales de ciertas patologías antes que a abordar las relaciones sociales que provocan las malas condiciones laborales. Han levantado una barrera entre la objetividad científica y la subjetividad de los colectivos laborales, como si ésta última no fuera una forma prioritaria de comprensión de la complejidad de las relaciones entre trabajo y salud. Así pues, se pasó de una visión conjunta de la persona a una visión fragmentada de sus cuerpos como órganos separados. La salud ha sido abordada principalmente como una larga lista de males con una causa específica, con cierta tendencia a ser aislados de las relaciones sociales en su conjunto.

En el siguiente capítulo del libro se pretenden presentar los últimos estudios sobre el tema. Se analiza la producción de

indicadores que a menudo desempeñan un papel importante en las decisiones políticas, así como las aportaciones de las últimas investigaciones. El objetivo no es la revisión sistemática de los trabajos existentes, sino la identificación de los obstáculos para una plena identificación de la dimensión de género en la salud laboral, y la demostración del potencial de algunos de los casos que hemos conocido a través de este estudio. Empezaremos con algunos comentarios sobre la construcción social de los conocimientos sobre salud laboral desde una perspectiva de género. Acto seguido, analizaremos las principales fuentes de indicadores disponibles actualmente en la Unión Europea, y finalizaremos con algunos comentarios sobre ciertos aspectos de la investigación.

Capítulo 2
Hombres y mujeres en la construcción social de los conocimientos sobre salud laboral

La salud laboral está enfrascada en un círculo vicioso. Las políticas preventivas se basan en indicadores y datos, pero la creación los mismos dependen de un conjunto de factores que centran su atención en ciertos riesgos, mientras que otros siguen olvidados o ignorados. La historia de la investigación sobre salud laboral no deja lugar a dudas: a menudo, la primera reacción frente a un problema de salud es la de minimizar su relación con las condiciones laborales. Podemos remitirnos a numerosos ejemplos: la silicosis, las enfermedades causadas por el radio, el amianto, el síndrome del túnel carpiano, etc. De todos los estudios sobre patologías cuya relación con las condiciones laborales fueron negadas durante mucho tiempo, hay dos que tienen que ver específicamente con las mujeres: las enfermedades causadas por el radio entre las obreras movilizadas para la producción en tiempos de guerra durante la Segunda Guerra Mundial (Clark, 1997) y los trastornos musculoesqueléticos de las últimas décadas (Dembe, 1996 y 1997; Kome, 1998).

¿Qué es una enfermedad causada por el trabajo? La respuesta se halla uniendo dos dimensiones de la realidad. Por un lado está la realidad social, política y jurídica; bajo ciertas condiciones, tal o cual enfermedad aparece relacionada con las condiciones laborales y, a veces, es reconocida como una enfermedad profesional. Este concepto pertenece a una categoría jurídica particular sujeta a un reconocimiento que permite una indemnización y que, a menudo, provoca la adopción de determinadas medidas preventivas. Es un proceso conflictivo ya que refleja claramente los valores opuestos y las relaciones de poder[13]. Por otro lado está la dimensión biomédica de la realidad, que respondería a la racionalidad científica. Semejante representación polarizada de la evolución sociopolítica, por un lado, y del progreso científico, por otro, no es realmente cierta, ya que no toma en consideración los factores determinantes sociales en la construcción del propio bagaje científico. Estos factores han sido revelados en varios estudios, a menudo apasionantes, publicados en Estados Unidos a lo largo de los últimos años[14], y reflejan hasta qué punto ha podido cambiar el discurso médico sobre patologías relacionadas con el trabajo.

13. Véase a Thébaud-Mony (1991), para un análisis del sistema francés.

14. Rosner y Markowitz (1991), Dembe (1996 et 1997), Clark (1997), Kome (1998). También podemos citar el artículo de Barbara Ellen Smith, Black Lung : *The Social Production of Disease*, de Navarro y Berman, 1982, pp. 39-54.

La investigación sobre la historia de las enfermedades relacionadas con el trabajo en Europa está menos desarrollada. Podemos citar el trabajo precursor de Cottereau (1978) sobre la tuberculosis en París que ya plantea claramente el asunto de la lógica social en el método de producción de los conocimientos médicos. El autor señala: "En materia de epidemiología de la tuberculosis, el cambio responde al siguiente patrón: a partir del momento en que la terapia del descanso se hace imposible en el marco de las relaciones sociales dominantes, el diagnóstico de fatiga laboral se convierte entonces en un peligro mayor. Reconocer los efectos de dicha fatiga significaba reforzar la legitimidad del descanso preventivo o curativo. A partir de entonces, el diagnóstico toma otra dirección y la tuberculosis es atribuida a la falta de higiene en el hogar, el lugar de trabajo y el entorno urbano".

Las fuertes variaciones que se observan en el reconocimiento de los riesgos laborales no se pueden explicar sólo por factores políticos y económicos. No todo es atribuible a la voluntad de la patronal de negar las dimensiones reales de los riesgos laborales y de transferir los costes a las víctimas o a la sociedad (Bennett, 1993). Existe una relación entre esta continua presión patronal y el conocimiento médico tal y como se construye socialmente, hecho que se aplica por igual a las demás ciencias y disciplinas que estudian la prevención de los riesgos laborales[15]. A esto hay que añadir el fenómeno complejo que son las estrategias defensivas adoptadas por los propios trabajadores. No es fácil vivir permanentemente con la idea del riesgo y la percepción neta de los daños a la salud que se está obligado a aceptar (Cru y Volkoff, 1996). El trabajo asalariado supone siempre un compromiso entre diferentes necesidades. La trivialización del riesgo y la negación de la relación entre el trabajo y los daños a la salud también pueden convertirse en métodos de defensa de la salud. Aunque prevalece la idea de que no se puede eliminar el riesgo, es frecuente que éste sea simplemente negado. La psicodinámica del trabajo ha creado el concepto de ideología defensiva del empleo, que desarrolla el proceso contradictorio según el cual se defiende la salud negando o trivializando una parte de los riesgos laborales. La dimensión de género en este proceso es evidente ya que la organización selectiva de tal percepción de los riesgos difiere entre el colectivo masculino y el femenino.

15. Dwyer (1991) estudia la construcción social de la seguridad en el trabajo en las materias especializadas, especialmente desde el enfoque del error humano. Billiard (2001) el recorrido tortuoso que va del higienismo del s. XIX a la psicología del trabajo y de las organizaciones, y a la psiquiatría y su concepción de las cuestiones de salud laboral.

¿Cómo influyen los conocimientos médicos en los diferentes aspectos de las relaciones entre trabajo y salud? Hay dos elementos esenciales:

- Los métodos de validación del conocimiento médico favorecen el saber de los especialistas basado principalmente en

parámetros biológicos que no tienen en cuenta la percepción de las víctimas (Lax, 2002). Pero no existe técnica alguna que pueda aportar por sí misma una respuesta sobre una cuestión de salud. La aportación de los análisis técnicos se sitúa necesariamente en un marco interpretativo que da sentido a los parámetros y del que se puede extraer un determinado juicio (un diagnóstico).

- La medicina occidental ha desarrollado modelos explicativos que permiten establecer una relación de causalidad entre una situación dada y un daño a la salud. Estos modelos están inspirados en las grandes epidemias causadas por un agente infeccioso[16] y se han enriquecido, sin duda, para poder cubrir situaciones de en las que concurren varias causas. Pero existen numerosos obstáculos para el desarrollo de una concepción holística de la salud y, especialmente, para una integración completa de los factores determinantes sociales (Williams, 2003). En particular, la búsqueda de una relación de causalidad entre los factores patógenos y las patologías no recoge completamente otras relaciones más complejas en las que la salud se construye reestableciendo un equilibrio entre las expectativas y un entorno, sin que éste se pueda considerar como una simple fuente de riesgos.

Estos problemas no son específicos del ámbito de la salud laboral. Sin embargo, su particular situación social hace especial hincapié en los distintos aspectos que acabamos de destacar. Generalmente, la salud laboral se ha ido construyendo en base a un conjunto de disciplinas divididas y separadas, en gran medida, de la salud pública. Esta distancia con respecto a la salud pública ha provocado aún más problemas en la relación de los estudios sobre salud laboral y las decisiones políticas sobre los factores determinantes sociales más generales que provocan diferencias en la salud a causa de las condiciones laborales. Eso es lo que revela el estudio de Cotterau (1978) sobre la tuberculosis a finales del s. XIX. El bacilo de Koch no es producido directamente por las condiciones laborales y por tanto no se trata en este caso de un "riesgo profesional", salvo para aquellas profesiones que impliquen un riesgo específico de contagio (como por ejemplo el trabajo en los hospitales). Sería más bien al contrario, la tuberculosis se desarrolla en aquellas personas que están sometidas a unas condiciones de trabajo extenuantes, personas debilitadas por jornadas laborales demasiado largas, periodos de recuperación insuficientes, salarios demasiado bajos como para permitir una alimentación adecuada, alojamientos insalubres, etc. Una prevención eficaz contra la tuberculosis implicaba actuaciones contra estos factores y una transformación radical de las condiciones laborales.

16. Los estudios de Villermé al principio de la revolución industrial en Francia se oponen al modelo simplista de causalidad. Insiste en el hecho de que, independientemente de los elementos de insalubridad de cada profesión, la explotación laboral es la base de la mayoría de los daños a la salud (véase Cottereau, 1983). El higienismo del s. XIX se verá afectado por un conflicto entre la aproximación medicobiológica cuyo objetivo es la eliminación de los factores de insalubridad, y una perspectiva más amplia del conjunto de condiciones sociales.

La mayoría de los profesionales del ámbito de la salud laboral prefirieron limitar sus intervenciones a dispositivos de una eficacia reducida (mayor ventilación del lugar de trabajo o aplicación por parte del Estado de un control de los enfermos enmarcado en la lucha contra las "plagas sociales").

La incorporación a las empresas de trabajadores especialistas en salud laboral se llevó a cabo con mayor frecuencia en base a un compromiso del Estado, e incluso de la patronal, antes que a petición del movimiento obrero. Las circunstancias en que los especialistas en salud laboral empiezan a intervenir en las empresas varían en función del país y de las diferentes disciplinas preventivas, aunque la tendencia general es que no se trataba tanto de una reivindicación obrera como de una iniciativa que viniera de "arriba". A veces, el Estado pretendía organizar las condiciones de la explotación para hacerlas compatibles con sus propios objetivos (mantenimiento de la paz social, políticas fatalistas, necesidad de disponer de mano de obra barata en buena salud, etc.). A veces, era la patronal la que buscaba un nivel óptimo de productividad teniendo en cuenta objetivos como la garantía de mano de obra en la empresa, la paz social, etc.[17] Se trataba de conjugar sus intervenciones con la rentabilidad empresarial y el mantenimiento del control de la patronal sobre la organización del trabajo. En la práctica, se pasó a menudo de la conciliación a la simple y llana subordinación[18]. La condición para que se diera esta subordinación era la definición de metodologías que ocultaran una parte de los problemas de salud laboral. Era como si, para evitar la manipulación o para disimular los datos e infringir así las reglas más elementales de la deontología profesional, los métodos de recogida y análisis de estos datos conllevaran siempre ángulos muertos que permitieran evitar enfrentarse a las cuestiones más molestas. A raíz de esto, las quejas de una trabajadora o un trabajador levantan más sospechas que las de un paciente voluntario que no se encuentra en una situación conflictiva. El cotejo entre los conocimientos de los investigadores sobre las condiciones de trabajo y la experiencia de los trabajadores está viciado por esta sospecha (Lax, 2002). En respuesta, los trabajadores muestran a menudo un gran recelo ante aquellos estudios cuyas finalidades preventivas no siempre quedan claras[19].

17. Para Francia, véase Billiard (2001), para Italia, Alemania y Gran Bretaña, véase Weindling (1985).

18. En el caso de la silicosis o del amianto, se hace evidente la subordinación a la patronal de una gran parte de los médicos del trabajo y de otros actores del ámbito de la prevención. Los límites de los modelos epidemiológicos, las dudas aparecidas sistemáticamente en torno a la toxicidad de ciertas fibras, contribuyeron en gran medida a esconder el problema. En otros casos, se ha producido una articulación más compleja entre los condicionamientos externos y los internos.

19. Una investigación finlandesa sobre el absentismo laboral (Vaananen et al., 2003) da fe de este recelo. Un 44% de los trabajadores, a los que los investigadores pidieron acceder a sus datos personales referentes a las ausencias por enfermedad, se negaron a pesar de las garantías de confidencialidad ofrecidas. La negativa fue mayor entre los obreros que entre los ejecutivos.

Dimensión de género y conocimiento especializado en materia de salud laboral

¿Cuál puede ser la dimensión de género en la construcción social del conocimiento en materia de salud laboral? A pesar de ser crucial, esta cuestión no ha sido abordada hasta hace poco en el ámbito de la investigación (véase, en particular, Messing, 1998-b). Si bien la negación de los riesgos del trabajo de las mujeres cumple una función económica evidente, ya que contribuye a justificar las diferencias salariales, es obvio que no es la única. Las relaciones sociales entre los sexos permiten comprender mejor la interacción entre el discurso general sobre la salud de las mujeres y la división sexual en el ámbito del trabajo asalariado.

La Revolución Industrial se desarrolla en un contexto en el que las mujeres habían sido expulsadas casi totalmente del ámbito de la salud o, más concretamente, de las esferas de decisión en lo referente a la elaboración de estudios y la organización de los cuidados sanitarios[20] (véase, en particular, Peter, 1980; Knibielher, 1991; Coenen, 2002). Apartadas de la profesión médica durante casi todo el s. XIX[21], las mujeres eran un objeto singular dentro de una medicina eminentemente masculina, que descubre numerosas anomalías con respecto al cuerpo del varón, considerado el referente normal (Rohden, 2001). La diferencia biológica con sus propios órganos y sus fenómenos particulares (maternidad, menstruación, menopausia, etc.) parece alimentar diferencias psíquicas enigmáticas (histeria, "melancolía involutiva", etc...) [22]. Todavía hoy en día, la literatura científica que relaciona casos de quejas en el ámbito de la salud con fenómenos de histeria colectiva se refiere mayoritariamente a la población femenina. Messing (2000, pp. 154-155) nombra una serie de artículos donde se atribuyen los casos de intoxicaciones químicas a la histeria de masas o a enfermedades psicógenas colectivas. De 1.403 trabajadores implicados en 30 casos calificados como histeria de masas, 1.272 eran mujeres.

De este modo, la mujer aparece como una anomalía, el sexo débil que necesita beneficiarse irremediablemente de la tutela del hombre en el ámbito familiar. Esta visión permitirá que, dentro del trabajo asalariado, y según qué circunstancias, se le atribuya al trabajo femenino un valor inferior al del masculino, o bien provocará la exclusión de las mujeres de ciertos segmentos del mercado laboral.

Pero una lectura exclusivamente económica de la división sexual del trabajo en términos de competencia, segmentación o exclusión del mercado laboral no reflejaría la complejidad de

20. Este aspecto ayuda a comprender la brutalidad de la lucha contra las brujas desde el Renacimiento hasta la Ilustración, aunque no sea necesariamente la explicación principal.

21. En Francia, las primeras mujeres entran en la facultad de medicina de París en 1868 (Christen-Lécuyer, 2000). En Rusia ocurre quince años antes, pero la adhesión de numerosas estudiantes al movimiento revolucionario provoca una reacción muy dura contra la admisión de las mujeres en la universidad. Su exclusión de las facultades de medicina se consuma en la década de los 60 del s. XIX, mientras que las facultades de otros países europeos empezaban a abrirles las puertas (Gouzévitch, 2000).

22. Véase Aïach et al., 2001

estas relaciones sociales. Green (1998) muestra la complejidad de los factores determinantes sociales, culturales y económicos de la división del trabajo en la industria de la confección de París y Nueva York entre 1880 y 1980. Su estudio analiza la dialéctica del género y de la inmigración y la etnicidad. Dependiendo de la época o de la ciudad, asistimos a multitud de cambios de trabajos masculinos que se feminizan y, a la inversa, trabajos femeninos que se masculinizan. Hay momentos en que la división del trabajo parece muy simple: las mujeres hacen ropa para mujeres y los hombres se encargan de la confección masculina, pero estos casos son la excepción. La presión salarial en sí misma tampoco es una explicación suficiente. Las transformaciones constatadas también están relacionadas con una estructura étnica del trabajo que une, en cierta medida, la división del trabajo y los procesos acumulativos de capital que se benefician de las redes étnicas. Al final, la única constante que aparece es que las obreras inmigrantes ocupan los puestos más bajos en la escala salarial. Green destaca sobre todo la manera en que la flexibilidad ha reestructurado de manera permanente la segmentación del trabajo.

Contratadas o excluidas, las mujeres no son meras "unidades de fuerza de trabajo" intercambiables en el mercado[23]. Tanto su contratación como su exclusión van a modelar la organización del trabajo, para ellas mismas y para los hombres. Downs (2002) realiza un análisis muy claro de este proceso en lo referente a la industria metalúrgica de Francia e Inglaterra entre 1914 y 1939. El trabajo asalariado crea una interdependencia entre el mercado laboral, la economía doméstica (en el sentido amplio de reproducción y de producción de bienes mercantiles) y la organización del trabajo. El desarrollo del capitalismo implica una reorganización global del trabajo humano, incluyendo el trabajo doméstico no remunerado, ya que las propias finalidades del trabajo cambian radicalmente con respecto a los métodos de producción anteriores. Se trata de una dinámica que modifica la existencia humana en todas sus dimensiones. A medida que el trabajo humano se reorganiza en función de las exigencias de la acumulación del capital, las demás actividades se transforman en una dinámica mercantilista que abarca la sexualidad y el ocio, el deporte y la creación artística, la moda y los cuidados personales, etc. No se trata de una mera transformación económica que se limite a copiar del modelo familiar algunos de sus principios de división del trabajo, sino también de un cambio radical antropológico y cultural que introduce una dinámica permanente de cambio.

23. Uno de los mayores problemas del movimiento obrero masculino del s. XIX fue el considerar el trabajo de las mujeres principalmente en el marco de un análisis económico de competencia del mercado de trabajo. Aunque las posiciones fueran completamente opuestas (según los proudhonianos franceses había que "volver a traer" a las mujeres a casa; para los marxistas, su participación en el trabajo asalariado sería el camino de la emancipación), las tentativas de introducir una perspectiva feminista desde el interior del movimiento obrero (de Flora Tristan a Alexandra Kollontaï, no faltaban contribuciones) fracasaron hasta que el movimiento feminista autónomo no cuestionó al "de fuera".

La naturalización de las diferencias

La división de la humanidad en dos grupos, el de hombres y el de mujeres, es la división social más antigua y la más extendida, y aparece en todas las sociedades humanas conocidas. Esta división funciona de manera transversal, es decir, aparece como uno de los elementos constitutivos de otras divisiones: entre clases, etnias, entre personas libres y esclavas, entre castas o en base al principio de pertenencia a una religión, nación, clan, etc. Se es obrera u obrero, mujer esclava u hombre esclavo más que "obrero" y mujer, esclavo y hombre, etc. No se trata de un simple cúmulo de situaciones que se dan entre el género y la pertenencia a otros grupos definidos socialmente; el género interviene en la creación de cada una de estas situaciones. En todas las sociedades conocidas, la división de género está estrechamente relacionada con una repartición desigual del trabajo y de las normas sociales relacionadas con la sexualidad.

Las explicaciones naturalistas que abordan esta relación no resultan muy convincentes[24]. La atribución de la división del trabajo al único hecho de que las mujeres puedan quedarse embarazadas y dar a luz supone olvidarse de que en todas las sociedades hay una proporción de mujeres que no procrean. En aquellas sociedades en que los partos están relativamente separados en el tiempo, los periodos de gestación tan sólo representan una pequeña parte de la existencia[25]. Asimismo, resulta imposible analizar las normas sobre la sexualidad, teniendo en cuenta principalmente su relación con la reproducción de la especie ya que, en la vida de un individuo desde su nacimiento hasta su muerte, sólo unos pocos episodios esporádicos contribuyen a la perpetuación de la especie.

El sexo es el marcador biológico central que establece la división de la humanidad entre hombres y mujeres. Pero, ¿cómo se define el sexo? El criterio más evidente son los órganos reproductores externos, que permiten comprobar desde el nacimiento en qué género se incluirá al individuo. Hoy en día las ecografías permiten realizar esta operación a partir de cierto estadio de la formación del embrión. A esta primera diferencia visible corresponden generalmente otras diferencias biológicas. La genética ha identificado cromosomas determinantes del sexo. Existen otras diferencias biológicas que, con bastante frecuencia, van unidas a los cromosomas[26] (por ejemplo, en lo referente a la producción hormonal). La mayoría de las otras diferencias biológicas corresponden a supuestos abstractos que aceptan de antemano que se haya dividido a las personas estudiadas en dos grupos, el de hombres y el de mujeres. Criterios

24. Véase a Delphy (2001) para una crítica sistemática de las interpretaciones naturalistas de la división entre hombres y mujeres, incluyendo las variantes de un feminismo diferencialista.

25. Evidentemente hablamos de Europa hoy en día, pero, en otros contextos, las técnicas de contracepción han logrado tasas de natalidad reducidas, como en el caso de los esclavos negros en Brasil (Queiros Mattoso, 1979).

26. Esta regularidad no excluye que los individuos, clasificados como hombres o mujeres en base a ciertos criterios biológicos, no dispongan del conjunto de marcadores considerados como pertinentes. En la antigüedad grecorromana, como en otras muchas culturas, existía una gran fascinación por los hermafroditas, que suponen una brecha en la perfecta división binaria entre hombres y mujeres.

como la estatura, el peso o la fuerza muscular permiten crear clasificaciones en las que cada subgrupo tiene un número de hombres y otro de mujeres. La proporción de hombres y mujeres en los diferentes subgrupos varía tal y como lo hace la proporción de personas en base a otros criterios definidos socialmente (nacionalidad, "raza", etc.). De esta manera, si como norma general en una población determinada, la altura media de las mujeres es inferior a la de los hombres de su generación, tanto los hombres como las mujeres se sitúan mayoritariamente en "zonas mixtas", y nada impide que, en una muestra representativa, el individuo más alto sea una mujer y el más bajo un hombre. Hay que añadir que la mayoría de los factores antropométricos y biomecánicos como la estatura o la fuerza muscular no son "estrictamente" biológicos, ya que dependen a la vez de factores genéticos y de factores determinantes sociales. El cuerpo no se reduce nunca a lo largo de nuestra existencia a un mero "dato" biológico.

Trabajo y sexualidad no son dos esferas independientes. Por una parte, hay una relación entre el reparto del trabajo entre los individuos clasificados como hombres y como mujeres, y por otra, la manera en que las normas de la sexualidad diferencian a los individuos. Esta relación se halla principalmente en las relaciones de poder, de las que se derivan las relaciones de propiedad, cualquiera que sea su forma jurídica[27]. La relación entre trabajo y sexualidad se da claramente en aquellas sociedades en las que la familia cumple simultáneamente la función de unidad de producción de base y de espacio de dominación sexual. Pero la relación entre trabajo y sexualidad no se limita a una dimensión colectiva. Esta perspectiva social también puede ser analizada en función de la forma en que el trabajo contribuya a la construcción psicológica de los individuos. El psicoanálisis sostiene que el trabajo es el principal lugar de sublimación: el placer y el sufrimiento que de él se derivan conducen siempre a la sexualidad (Dejours, 1988-b et 1993).

El trabajo industrial –y, posteriormente, el trabajo asalariado no industrial– impone su disciplina sobre el cuerpo humano más allá de la estricta necesidad física de la racionalidad productiva. Esta influencia sobre el cuerpo, que no afecta por igual a hombres que a mujeres, actúa también sobre la sexualidad[28]. La importancia de un control de la sexualidad a través de la organización del trabajo está relacionada con la posibilidad de "naturalizar" la diferencia entre hombres y mujeres en el trabajo, a pesar de no ser ese su único objetivo. El control de la sexualidad significa también la imposición de una disciplina que aumente la productividad humana en el marco de una

27. Los hombres son propietarios legales de un patrimonio muy superior al de las mujeres en todas las sociedades que reconocen los derechos individuales de propiedad. La apropiación ilegal (por corrupción, robo o guerra) acentúa dicha desigualdad. La distinción entre los dos modos de apropiación no siempre es pertinente. De una generación a otra, los bienes adquiridos mediante procedimientos violentos o pillaje, se convertían fácilmente en patrimonios legítimos.

28. Nos ha chocado el paralelismo entre las formas de disciplina impuestas en la industria y las que se pondrían en marcha pronto en ciertas actividades de servicios altamente feminizadas (empleadas de comercios, sector bancario, correos, telefonía, etc.).

organización jerárquica del trabajo, y que permita al individuo adaptarse (y también a obtener placer) a sus obligaciones.

Este control se ha ejercido de manera muy variada en función de la época y según el grupo profesional, la edad, el entorno cultural de origen o el sector de actividad. Cabe destacar los siguientes elementos:

- Uso casi omnipresente de una simbología sexual para caracterizar las actividades y los objetos o máquinas en lo relativo a los hombres[29].
- Mayor referencia a los roles familiares (madres, amas de casa, esposas, etc.) en lo relativo al trabajo de las mujeres[30].
- Reglas de decoro, moral y pudor diferentes para hombres y mujeres[31]. Perrot (1998) revela hasta qué punto la organización de las obreras en el s. XIX está marcada por una obsesión moralizadora. La prohibición de reír, cantar o charlar, las estrictas reglas sobre posturas corporales, hacen de la fábrica del s. XIX un lugar de doble aprendizaje para las mujeres del pueblo: hay que hacerlas productivas y reprimir su sexualidad.
- El acoso sexual (Pernas et al., 2000), que está relacionado a la vez con las condiciones laborales y con una degradación de las condiciones particulares en las que las mujeres son consideradas como más "apropiables" por parte de los hombres (mujeres solteras que no vivan con una pareja estable, divorciadas, mujeres pertenecientes a grupos étnicos considerados como "filones" para los hombres de los grupos étnicos dominantes).
- La homofobia, unas veces brutal, y otras oculta, de una organización del trabajo que establece la heterosexualidad como norma (véase Kempe, 2001; Falcoz, 2003).
- Ritos cuasi iniciáticos para la entrada de jóvenes en algunas profesiones.
- Educación de las emociones según un código que separa radicalmente lo masculino de lo femenino (Soarès, 2002).
- Importancia de los códigos gestuales, corporales y de las normas de vestir en el trabajo así como la fuerte relación entre dichos códigos y la identidad sexual[32].

Todos estos factores contribuyen a que la sexualidad deje su impronta en el trabajo. En cierto sentido, el trabajo asalariado impone una "virilización" de los hombres[33] y una "feminización" de las mujeres[34]. Este doble fenómeno combina coacción y adhesión y construye la identidad sexual social. Contribuye a aceptar los problemas en el trabajo de una manera contradictoria: los legitima aunque permita renegociarlos permanentemente. Al analizar las estrategias de resistencia de las trabajadoras,

29. Devreux (1992, 1997) estudia las connotaciones sexuales de la división del trabajo en un entorno exclusivamente masculino, el de los jóvenes soldados que cumplen el servicio militar. Las tareas domésticas las deben realizar los jóvenes de inferior rango (novatos antes que veteranos, sin galones antes que con galones). El manejo de las armas está muy asociado a símbolos sexuales. El soldado debe cuidar de su fusil como de una mujer, debe evitar que otro soldado se lo pueda quitar, etc.

30. Downs (2002, p.407) cita la siguiente frase de un patrón inglés, sobre el trabajo efectuado por las mujeres en una fábrica del sector de la metalurgia. Habla del montaje de máquinas destinadas a la industria textil. La cita es de 1934: "Los conocimientos necesarios para el trabajo de montaje no son mayores que los requeridos por la mayoría de mujeres en el hogar cuando montan la máquina picadora en su cocina el martes por la mañana para picar el último trozo del asado del domingo, para el disfrute de su familia".

31. Macedo (1993, pp. 177-195) estudia en profundidad las relaciones entre la sexualidad de chicas y chicos, y el control ejercido por la fábrica. Habla de la influencia sobre la sexualidad de los jóvenes trabajadores ejercida por el jefe de una fábrica textil en Brasil en los años cuarenta del s. XX. Los trabajadores jóvenes que flirteaban con las obreras estaban obligados a veces a casarse con ellas, mientras que la presión social ejercida contra las mujeres solteras embarazadas era tan fuerte que podía llevarlas al suicidio.

comprobamos también las ventajas que pueden sacar de la sexualización de la división del trabajo: frente a unas condiciones laborales especialmente duras, podrán decir que "no es un trabajo para mujeres". En este sentido, el testimonio de una huelguista de la fábrica nacional belga de armamento en 1966 es revelador. Arremete contra las condiciones laborales exponiendo el conflicto entre la suciedad de la fábrica y lo que se espera de las mujeres desde que cruzan la puerta y están en la ciudad: "*Estábamos llenas de aceite. Nos poníamos una tela azul gruesa sobre el delantal, un trapo que absorbía el aceite para no mancharnos por todas partes. Teníamos que lavarnos en fuentes de agua fría, no había duchas, el olor a aceite se nos quedaba impregnado. Cuando los tranvías especiales llegaban a esperar la salida de las obreras de la fábrica, los maquinistas decían entre ellos, en valón: "voy a llevar un carro de estiércol". Se nos miraba mal por nuestro desagradable olor a aceite rancio y sucio,... Es bastante degradante para la mujer llevar un perfume de aceite*" (J. Magnée citada por Coenen, 1991, p. 98).

En otras circunstancias, la dureza del trabajo les permite rechazar los roles tradicionales de sumisión o pasividad. La experiencia de generaciones de obreras que, ya sea en períodos de guerra o de fuerte demanda de mano de obra, sustituyeron en masa a los hombres en sectores tradicionalmente masculinos, impulsó la dinámica de numerosas luchas por la igualdad[35].

Hay otras ocasiones en las que la experiencia de la lucha se encarga de alterar los roles tradicionales atribuidos a hombres y a mujeres. El papel fundamental que tuvieron las obreras en las huelgas del sector de la confección en Nueva York antes de la Primera Guerra Mundial sentó las bases de la identidad obrera y feminista que marcó la historia del sindicalismo en Estados Unidos en este sector. La "sublevación de las 20.000" sacudió Nueva York entre 1909 y 1910 (Weinstock, 2001, pp. 67-70). Fue una huelga de trabajadoras de la industria textil que duró desde el 22 de noviembre de 1909 hasta el 15 de febrero de 1910. Algunos años más tarde, un dirigente sindical escribía: "*Empecemos por los trabajadores de sexo masculino. Debo decir que será una sorpresa para muchos de los viejos sindicalistas que no conocen bien nuestro oficio. –¿Qué se entiende por el problema de los trabajadores de sexo masculino?- preguntarán... En la confección, los hombres son una minoría (...) sus posibilidades de ser contratados son bastante escasas (...) en muchos casos sin embargo, los hombres son débiles y tímidos... Intentan hacer ver que no irán a una huelga. Adulan al patrón y al encargado; dicho de otro modo, se comportan como esquiroles*" (Ab. Baroff, 1914, citada por Green, 1998, p. 229).

32. Macedo (1993) estudia el lenguaje gestual de las trabajadoras de la industria textil en una fábrica brasileña. Se trata de un lenguaje complejo que trata a la vez de la producción, los sentimientos afectivos, el estado anímico y la sexualidad.

33. La exaltación de la virilidad ha sido estudiada por Dejours (1988-a, 1998). Su marco de referencia psicoanalítico le lleva a distinguir la virilidad en la que se basa la organización del trabajo de la "masculinidad". Ésta se trataría de una característica emancipadora que conduciría a la concepción de la normalidad heterosexual. Aunque los datos empíricos del análisis del trabajo validan su análisis de la virilidad, ponemos en duda que también sea así en el caso de su concepción de la masculinidad.

34. Macedo (1993) da un ejemplo claro de este doble proceso en una fábrica textil de Brasil hace cincuenta años: los trabajadores jóvenes iban con sus profesores del taller a los prostíbulos para que "probaran" su virilidad, mientras que las trabajadoras jóvenes eran sometidas a pruebas de virginidad. La empresa organizaba tales operaciones en ambos casos, a través de los profesores en el caso de los aprendices, y a través del médico en el caso de las trabajadoras. La fábrica organizaba de manera separada las visitas a las prostitutas de los adolescentes y la de los hombres casados.

La sexualización en el trabajo ocupa espacios que escapan a la estricta racionalidad de la producción, lo que permite que tanto el deseo como el placer se manifiesten de distinta manera: desde la conformidad frente a los modelos dominantes, pasando por un planteamiento ambiguo, hasta el total cuestionamiento de éstos. Tal y como destaca Pascale Moliner en una entrevista publicada en el diario francés *Libération* el 10 de marzo de 2003: "El trabajo crea el género. Pero, paradójicamente, también es el lugar donde existen más posibilidades de subvertir el género. Cuando una ingeniera construye un puente, está cambiando la imagen que tenemos de las mujeres".

Se trata de un proceso repleto de tensiones, y no sólo de una oposición bipolar entre hombres y mujeres. Hay multitud de retos en juego: entre individuos y colectivos, entre diferentes generaciones, entre la directiva y las trabajadoras y los trabajadores, etc. Hay una interacción continua entre la organización del trabajo y el resto de las relaciones sociales[36]. El uso del cuerpo, lo que se espera de él y la experiencia del placer y del sufrimiento llevan implícita la huella del trabajo, marcado por la diferencia de sexos, y modulan la percepción de los riesgos y los daños a la salud[37].

Resulta paradójico que, si bien la relación con la sexualidad está omnipresente en las tentativas de naturalización de la división del trabajo entre hombres y mujeres, tal relación tiende luego a desaparecer en la medida en que rara vez es asumida de manera explícita por el discurso oficial de la patronal, y no está prácticamente presente en el discurso sindicalista o en las disciplinas científicas que estudian el trabajo. El cuerpo, sometido a la disciplina de la organización del trabajo, se presenta de manera engañosa como si fuera asexual (Hearn y Parkin, 1987; Pernas et al., 2000). El trabajo se apodera de la sexualidad (en su represión, su control, así como de los placeres que reporta) y luego parece esquivarla. En el ambiente laboral, el género elimina, de alguna manera, el sexo, o más exactamente, parece reducirlo a un indicador biológico. La relación explícita entre sexualidad y trabajo no suele ser reconocida, exceptuando las actividades que están claramente relacionadas con la sexualidad (prostitución, "líneas eróticas", pornografía, etc.) y, en menor medida, aquellas que ensalzan sobremanera la sexualidad del cuerpo como la moda, el deporte o la publicidad. Esta relación "se cuela" principalmente en el lenguaje, o en conductas violentas que generalmente se aíslan considerándose conductas individuales.

Resulta revelador que cuando los mecanismos habituales de naturalización no funcionan, se pueda encontrar una especie

35. Downs (2002) señala que las luchas de las obreras de la industria metalúrgica en Francia durante la Primera Guerra Mundial cuestionaban la política de unión sagrada seguida hasta entonces por la mayoría de los dirigentes sindicales. Igualmente, los acontecimientos que desatan la revolución rusa de febrero-marzo de 1917 son las manifestaciones de las trabajadoras de Petrogrado durante una jornada de lucha organizada tradicionalmente por el movimiento socialista internacional (es el origen del 8 de marzo)

36. Downs (2002, pp. 95-96) destaca que en las fábricas metalúrgicas de Francia durante la Primera Guerra Mundial hay una clara diferencia entre los franceses y la mano de obra de origen colonial cuyos salarios son parecidos a los de las mujeres, estando además sometidos a una disciplina militar. Hoy en día, el sector de la limpieza se caracteriza por una numerosa presencia de hombres jóvenes inmigrantes (o de origen inmigrante) y de mujeres.

37. Johanson et al. (1999) analizan el significado del dolor de los trastornos músculo-esqueléticos. Este estudio sueco aborda la imposibilidad de describir la experiencia subjetiva de la enfermedad en base a criterios estrictamente biomédicos.

de sexualización explícita de la división del trabajo. En una encuesta sueca (Björklöf, 2000) se le pregunta a enfermeros de sexo masculino que trabajan en hospitales qué concepto tienen los médicos de ellos. ¿En qué medida pueden acogerse al "modelo Florence Nightingale" basado en la paciencia, la sumisión y la entrega para justificar una organización del trabajo a la que se someten también algunos hombres? La respuesta es alarmantemente simple: para estos médicos, los hombres que eligen la profesión de enfermeros son probablemente homosexuales. Del mismo modo, en la literatura colonial y racista es muy normal que se atribuyan a los pueblos dominados elementos de identidad femenina. Para Kipling, la carga del hombre blanco es masculina y blanca.

Pernas et al. (2000) indican que parece haber una diferencia sustancial entre hombres y mujeres en la manera en que la sexualidad se somete a la disciplina de la organización del trabajo. En el caso de los hombres, el autocontrol del cuerpo en el trabajo no excluye totalmente la sexualidad, siempre y cuando ésta se someta a las normas de virilidad. En el de las mujeres, la sexualidad tiende a ser excluida de manera más radical si se manifiesta de una manera voluntaria y autónoma.

De hecho, podemos preguntarnos si en los debates sobre el acoso sexual no existe un conflicto entre dos lógicas antagonistas. Las víctimas, mayoritariamente mujeres, quieren defender su dignidad y el derecho a disponer de su sexualidad sin tener que soportar ningún tipo de coacción, venga de donde venga (superiores, compañeros, cualquiera). Desde este punto de vista, la lucha contra el acoso sexual tiene un fuerte componente anti-jerárquico ya que se enfrenta a los métodos de presión utilizados a discreción para la consecución de multitud de objetivos. Las relaciones de poder se basan en distintos elementos que contribuyen al acoso sexual: posibilidad de contratar o despedir, de favorecer la promoción profesional, de atribuir un puesto de trabajo menos duro o mejor remunerado, o de mejorar la remuneración mediante complementos individuales. Cuestionar estos elementos sirve para aumentar el margen de control de las trabajadoras y los trabajadores sobre la organización de su trabajo. En el lado opuesto, la patronal y una parte de las instituciones del Estado persiguen dos objetivos: alejar el debate sobre la forma en que la organización del trabajo se articula en torno a la dominación masculina, tanto en el lugar de trabajo como en la sociedad en general, y favorece de este modo el acoso sexual; y limitar la lucha contra el acoso

sexual a procedimientos disciplinarios que lo reducen básicamente a problemas de comportamiento individual.

Sexo y trabajo: máquinas y cuerpos

La máquina de coser introdujo considerables transformaciones en el trabajo de la confección del s. XIX. Desde la producción en fábricas al uso familiar, pasando por el trabajo a domicilio, su introducción modificó en general las condiciones laborales de las mujeres.

Perrot (1998, pp. 177-189) dedica un artículo a las numerosas consecuencias de la introducción de la máquina de coser, y en especial a su contribución al empeoramiento de la calidad de vida de las mujeres en el cambio de siglo. Se hace eco de la reacción de la Academia de Medicina francesa en 1868: "(Un informe presentado a la Academia) denuncia los daños en los órganos femeninos: flujo blanco, amenorrea, quizá esterilidad. El argumento que se esgrime en particular es el movimiento de piernas relacionado con el uso de los pedales; "Tal instrumento, por su movimiento continuo, incita al delirio histérico". En algunos talleres, la máquina de coser "provoca una excitación genital lo suficientemente intensa como para que las obreras sientan la necesidad (...) de recurrir a baños de agua fría" (...) Resulta curioso que los médicos estén más interesados en el útero que en la vista, que acusen a los pedales antes que a las horas, el ritmo, o las mismas condiciones laborales".

Sería un error reducir este ejemplo a una simple curiosidad anecdótica. Aparte del delirio científico que representa, se muestra revelador en varios aspectos:

- Se niegan radicalmente las vivencias de las obreras. Lejos de ser una máquina de orgasmos múltiples, la máquina de coser suponía, a causa de las condiciones laborales que soportaban estas mujeres, el origen de mucho sufrimiento físico.
- La represión del placer incontrolado y la protección de la función materna son dos aspectos íntimamente relacionados.
- La máquina, en un lugar relativamente solitario como el domicilio o en un lugar cerrado en el que prácticamente sólo hay mujeres como el taller de costura, despierta fantasmas insospechados. ¿Podría permitir a las mujeres prescindir de los hombres en dos ámbitos, el trabajo y la sexualidad?

La reproducción de este texto resulta igualmente interesante: Perrot lo encontró porque sirvió de base para la intervención de un delegado durante el Congreso de Marsella de 1879, que tuvo un papel importante en la reconstrucción del movimiento obrero en Francia tras la derrota de la Comuna de París.

¿Nos habla este texto de una época pasada? Podemos dudarlo. Tanto la negación de las vivencias de las trabajadoras como los obstáculos que encuentran para acceder a ciertas actividades técnicas, siguen siendo elementos constitutivos de las relaciones que estructuran el trabajo hoy en día. Por supuesto, el discurso es antiguo y la histeria ha pasado de moda. Pero un estudio francés sobre el uso de las nuevas tecnologías (MES, 2001) indica que el uso de robots y de máquinas-herramienta de tecnología digital sigue siendo principalmente cosa de hombres (con unos índices de uso en 1998 que son respectivamente de un 0,6% entre las mujeres y un 2,4% entre los hombres con los robots, y de un 1,7% entre las trabajadoras y un 6,2% entre los trabajadores con las máquinas-herramientas de tecnología digital).

Las trabajadoras se enfrentan, como sus colegas masculinos, a una negación a menudo brutal de sus propias experiencias en lo referente a las relaciones entre salud y trabajo, pero, como mujeres, sus experiencias son doblemente sospechosas. Su cuerpo no es el que las teorías higienistas habían aprendido a conocer, que tendían a concentrarse en las funciones de reproducción biológica y social[38]. El interés de éstos por el cuerpo femenino respondía principalmente a dos aspectos: ayudar a producir niños sanos y fomentar la creación de una familia obrera modelo, luchando contra la inmoralidad y la promiscuidad que se atribuía a las obreras. Hoy en día, valorado como cuerpo-mercancía, es devaluado en cuanto aparece como un cuerpo que sufre. Una "mujer que trabaja" tiene que plantearse retos, ser una luchadora, callarse estoicamente sus múltiples "males" para demostrar que ha alcanzado el ideal de empleabilidad. Si acaso, al contrario de lo que ocurría antes de la difusión masiva de los métodos anticonceptivos, incluso la maternidad podría llegar a ser sospechosa. ¿Acaso no supone una falta de disponibilidad para con la empresa? Muchas trabajadoras manifiestan esta sospecha de traición que se vinculaba a su embarazo.

38. Los higienistas estaban a menudo apoyados por mujeres altruistas de la burguesía que se esforzaban por tratar a los obreros en sus obras de caridad. Ese mismo papel lo tendrán más adelante las asistentas sociales. Downs (1993 y 2002) analiza en profundidad el papel de las "superintendentes" de las fábricas de armamento en Francia durante la Primera Guerra Mundial.

Esto explica la siguiente paradoja: los mecanismos de negación que se observan desde el principio de la Revolución Industrial continúan produciendo efectos, pero ahora con una forma nueva en la que el lenguaje neutro de género, políticamente correcto, funciona como sucedáneo de igualdad.

Hay varios elementos que desempeñan un papel específico:

- La exclusión de las mujeres de ciertos puestos de trabajo de alto riesgo sigue siendo uno de los elementos esenciales de la división sexual del trabajo. Tal exclusión conlleva a una idea errónea según la cual los puestos de trabajo femeninos tienen que ser de bajo riesgo. En realidad, el riesgo puede ser simplemente diferente y, sobre todo, retrasar los efectos a lo largo del tiempo. La dominación masculina sustenta en esta diferencia sus bases jerárquicas. Los riesgos femeninos son considerados menores, no porque no dañen a la salud o porque conlleven menos sufrimiento, sino porque dañan aspectos de la salud considerados como menos importantes. Establecer un orden jerárquico de los daños de la salud sigue siendo la base de una parte importante de la investigación en materia de salud laboral.
- El hecho de que las mujeres asuman la mayor parte del trabajo doméstico permite considerar continuamente sus efec-

tos sobre la salud como un simple factor de confusión. La negativa a reconocer los trastornos musculoesqueléticos de multitud de trabajadoras se ve justificada por la sospecha de que sus actividades en casa podrían ser la causa principal de sus patologías. Los numerosos gestos cotidianos, como fregar o planchar se convierten entonces en sospechosos, una vez que han servido para legitimar los bajos salarios y el confinamiento de las trabajadoras a funciones repetitivas.

- Las enfermedades específicamente femeninas (como el cáncer de mama) o más frecuentes entre las mujeres por razones biológicas o a causa de la división del trabajo no suelen considerarse como prioritarias. Como ejemplo, son pocos los estudios sobre el papel de los factores profesionales en el cáncer de mama (el cáncer que más afecta a las mujeres). Hay numerosas hipótesis que deberían ser verificadas[39]. La hipótesis de una relación entre el trabajo nocturno y el cáncer de mama surgió en 1987, pero el primer estudio epidemiológico sobre el tema no se publicó hasta 1996. A día de hoy, sólo existen 4 estudios sobre el tema (Swerdlow, 2003).
- La salud no se reduce a la ausencia de enfermedades. Se trata de una dinámica en la que el individuo intenta compatibilizar sus expectativas individuales con respecto al entorno, una dinámica que implica estrategias colectivas. Tanto las expectativas como las estrategias adoptadas difieren en función de la clase social, el género y otros factores[40]. Las paradojas habituales de las encuestas de salud (ventaja de la mujer en relación al hombre en lo referente a mortalidad, desventaja en lo referente al estado de salud percibido) nos muestran la dificultad de definir un enfoque de la salud que esté por encima de las continuas referencias a normas masculinas por las que se rige a las mujeres. Tanto desde la perspectiva del dolor como en la manera de tratar la percepción de los trabajadores, se observan características particulares en lo referente a las mujeres.

Al final de un estudio que recopila la investigación científica existente sobre la salud laboral, la evaluación de Messing (1998-b, p. 208) es categórica: "El sistema de salud y de seguridad en el trabajo es un universo masculino en el que la biología, la situación social y el empleo de la mujer es algo ajeno a quienes lo juzgan. Las condiciones que les hacen sufrir no se suponen peligrosas, se duda de su palabra y puede ser delicado para ellas hablar de ciertos órganos afectados (...) La falta de datos científicos pertinentes empeora esta situación".

39. Podemos encontrar una síntesis del trabajo en Weiderpass (1999) y Pollán (2001). Weiderpass cita nueve estudios (el más antiguo es de 1980) dedicados a la relación entre el cáncer de mama y ciertos factores profesionales. Pollán cita 50 estudios publicados entre 1993 y 2000, y 15 estudios anteriores citados regularmente en la bibliografía. Sus criterios de selección son más amplios, ya que incluye cualquier estudio que indique la actividad profesional, aunque el estudio de los factores de exposición profesional no sea su objetivo principal, o aunque se ocupe del cáncer en general.

40. Cottereteau (1983) señala, desde una perspectiva histórica, que las estrategias de resistencia de las trabajadoras del s. XIX en Francia respecto a los daños a la salud consistían, en mayor medida que los hombres, en retirarse del mercado de trabajo. Podemos observar cómo interactúan las estrategias de resistencia y de división por sexos del trabajo. Un trabajo mal pagado y considerado como un extra es mucho más fácil de dejar cuando se hace insoportable. Hoy en día, en Holanda, el mayor crecimiento del número de mujeres que tienen que retirarse del mercado laboral por invalidez podría reflejar, a la vez, las malas condiciones del trabajo de las mujeres y las estrategias de resistencia posibilitadas por un mercado de trabajo marcado por una segregación de género relacionada con el trabajo a tiempo parcial.

Capítulo 3
Datos estadísticos y principales indicadores disponibles

Los resultados del estudio, que han sido completados mediante una consulta de los datos disponibles en diferentes instituciones nacionales, muestran la existencia de grandes diferencias tanto en los datos estadísticos como en los indicadores disponibles. Nos hemos limitado a recoger los datos más significativos a los que hemos tenido acceso. Hay que destacar la impermeabilidad existente entre los datos de salud laboral, salud pública e igualdad. Los esfuerzos para integrar estas tres dimensiones siguen siendo escasos. La mayoría de los sistemas de información están gestionados por instituciones diferentes y las posibilidades de establecer conexiones entre cada uno de ellos son muy limitadas.

El trabajo de las mujeres en los indicadores de salud laboral

Los indicadores de salud laboral se elaboran a partir de datos muy diversos. Aquí proponemos la siguiente tipología:

- Datos sobre las condiciones laborales entendidas en un sentido amplio (sectores, profesiones, jornada laboral, antigüedad, etc.), las características del trabajo realizado (contacto con otras personas, carácter repetitivo, autonomía, etc.) y las características del empleo (tipo de contrato, etc.).
- Datos sobre las exposiciones a factores de riesgo[41].
- Datos sobre el estado de salud (accidentes laborales, enfermedades profesionales, otras patologías, absentismo, etc.) ampliados eventualmente mediante una noción más amplia de la calidad de vida en el trabajo[42].
- Datos sobre la organización de la prevención (acceso a la vigilancia de la salud, cobertura por los servicios de prevención, representación de los trabajadores en el ámbito de la salud y la seguridad, formación específica en materia de salud y seguridad, etc.).
- Datos sobre las personas afectadas (edad, sexo, nacionalidad, nivel de estudios, nivel salarial, situación laboral anterior, antigüedad en el trabajo o en la empresa, situación familiar, etc.).

41. La noción de las condiciones laborales y la de los factores de riesgo están unidas en parte. Basta con pensar en el trabajo nocturno, el trabajo sometido a fuertes presiones en los horarios, etc.

42. Podemos citar un estudio muy importante hecho en Francia sobre la felicidad y el trabajo (Baudelot y Gollac, 2003), así como la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo que realiza el Ministerio de Trabajo español de manera anual desde 1999 *(http://www.mtas.es/estadisticas/ECVT/Welcome.htm)*. Esta encuesta también estudia los temas relacionados con la conciliación entre vida profesional y vida familiar.

La procedencia de estos datos es muy diversa: evaluación por parte de los mismos trabajadores, declaraciones del empleador, datos recogidos por los servicios de prevención o por las inspecciones de trabajo, medición por parte de expertos, estadísticas que abarquen al conjunto de la población estudiada, encuestas a muestras representativas, etc.

La Fundación de Dublín realizó un estudio en 1995 en el que se detallaban 212 sistemas de bases de datos diferentes sobre el entorno laboral en 17 países europeos[43]. Si tenemos en cuenta las muchas fuentes locales o sectoriales, el resultado es que las fuentes de datos disponibles en los países de la UE son mucho más numerosas. No hemos podido examinar el conjunto de fuentes al que nos referimos debido a los límites de este estudio; nos hemos concentrado en una muestra que nos permitiera obtener una visión de conjunto de la situación.

43. EUROFUND (1995). Esta encuesta abarcaba a los 15 países de la UE, y a Noruega, la República Checa y la UE y la Organización Mundial de la Salud. En los países de la UE se contabilizan 159 sistemas.

En base a los datos recogidos, se puede intentar hacer una evaluación global de los datos disponibles y de su uso con una perspectiva preventiva que integre la dimensión de género. No analizaremos el problema de la posibilidad de comparación de los datos entre países.

Existen numerosos datos en bruto de la mayoría de los indicadores, aunque están muy mal repartidos en función de los países.

En casi la mitad de los países de la UE se han realizado estudios globales sobre las condiciones laborales que, generalmente, se han ido repitiendo a intervalos regulares para poder efectuar un seguimiento en el tiempo de la evolución de dichas condiciones. Precisemos en primer lugar que las encuestas tienen un defecto, ya que tienden a ignorar el trabajo como conjunto y se limitan generalmente a describir tan sólo el trabajo remunerado. La carga total de trabajo no suele evaluarse, y sólo a veces aparecen ciertos datos sobre la conciliación entre la vida profesional y la vida familiar. El uso global del tiempo no suele ser tenido en cuenta. A pesar de que generalmente existan datos precisos sobre jornada laboral anual o semanal, su división entre el día y la noche, o el trabajo en fin de semana, no existe casi ninguna información sobre la acumulación de horas de trabajo no remunerado y de trabajo remunerado, y muy poca sobre el tiempo dedicado a las demás actividades (transporte, descanso, ocio, actividades sociales y políticas, formación, etc.).

Los datos sobre los daños a la salud se basan, en parte, en los indicadores tradicionales de accidentes laborales y de enfermedades profesionales. Todos los países de la UE recogen estos datos, aunque su uso para fines preventivos sigue siendo limitado. Resulta muy difícil realizar una comparación entre los datos de distintos países debido a la disparidad de la metodología aplicada. Estos indicadores introducen además sesgos importantes que conllevan a una subestimación sistemática de los riesgos relacionados con el trabajo de las mujeres. Otros indicadores son ambiguos desde una óptica preventiva (absentismo[44]). Los datos sobre patologías relacionados con las condiciones laborales están repartidos desigualmente sea cual sea la metodología utilizada (perspectiva de los trabajadores, encuesta hecha por los médicos o los sistemas de salud pública, estudios epidemiológicos, registros de ciertas enfermedades o de muertes provocadas por éstas, registros de hospitalización, etc.). Cuando existen, estos datos generalmente son mucho más fiables que los de los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales (HSE, 2001 en el Reino Unido; Dupré, 2002 en la UE). Todos llevan a la misma conclusión: el bajo nivel de reconocimiento de las enfermedades profesionales de las mujeres no corresponde a la realidad de las patologías ocasionadas por el trabajo.

44. Holanda cuenta con un sistema muy desarrollado de investigación sobre el absentismo laboral. La perspectiva de género no suele ser aplicada.

Los datos sobre el nivel de exposición a factores de riesgo se encuentran a veces integrados en los referidos a las condiciones laborales, tal y como se hace en el estudio europeo llevado a cabo por la Fundación de Dublín. En contadas ocasiones, estos datos son tratados de manera aislada (principalmente, en los registros de exposición a riesgos en Alemania y Finlandia). La tendencia general es que, cuando los datos sobre la exposición a factores de riesgo son recopilados en base a las percepciones de los trabajadores, generalmente están integrados en un estudio más general sobre las condiciones laborales. Cuando los datos proceden de una medición hecha por expertos, suelen ser objeto de estudios específicos. Sin embargo, son pocos los países que buscan la forma de recoger y tratar de forma sistemática los datos resultantes de la actividad continua de los servicios preventivos de las empresas. La infrautilización de esta valiosa información está relacionada en gran medida con la gestión privada de los servicios de prevención y con la falta de dispositivos eficaces para promover sus actividades. Sin embargo, algunas de las grandes encuestas (ESTEV y SUMER en Francia) hechas en base a la actividad de los servicios de prevención dan cuenta del enorme potencial que se ignora (Vogel, 2003).

A pesar de que los datos exactos sobre la exposición a riesgos siguen siendo escasos a nivel nacional, son mucho más numerosos en los estudios locales o sectoriales. A este respecto, sólo podemos señalar la infrautilización de los datos sobre la evolución de riesgos realizada en las empresas y que casi nunca son sistematizados a nivel sectorial y/o local. A excepción de la investigación alemana, hay que destacar la pobreza de los datos existentes sobre las exposiciones a riesgos químicos en el trabajo de las mujeres. El insuficiente acceso de numerosas profesiones femeninas a los servicios de salud laboral competentes contribuye a mantener esta situación. Las consecuencias de esta carencia se ven agravadas por las fuertes presiones de la industria química (véase el capítulo sobre la reglamentación del mercado de productos químicos en el análisis de las políticas comunitarias), que pretende limitar la evaluación de los riesgos de las sustancias presentes en el mercado a algunos riesgos particularmente visibles (sustancias inflamables, riesgos de intoxicación aguda o efectos letales demostrados de algunas sustancias cancerígenas). Mientras, la mayor parte de los riesgos menos visibles siguen sin tener la importancia que merecen. Existe una doble dimensión de género en este hecho: las mujeres están más concentradas en profesiones en las que el control de las exposiciones es menor (limpieza, textil, trabajo a domicilio, etc.). Varios estudios sugieren que se ven más afectadas que los hombres por exposiciones múltiples de bajo nivel. Al ser menos numerosas que los hombres en la industria química básica, se tiende a tomarlas menos en cuenta en los estudios epidemiológicos. Sin embargo, en lo referente a riesgos químicos, existen datos suficientes que indican que los efectos biomédicos de las exposiciones pueden ser diferenciados para hombres y mujeres[45].

Los datos sobre el acceso a los dispositivos de prevención y su funcionamiento están muy repartidos. No tenemos conocimiento de que, a día de hoy, se haya intentado analizar estos datos en términos de género. Sabemos que los servicios de prevención dentro de las empresas operan de manera muy desigual dentro de la UE (Vogel, 2003). Según estimaciones de Hämäläinen (2001), cerca del 50% de los trabajadores europeos carecerían de acceso a tales dispositivos, con variaciones nacionales muy importantes. En el Reino Unido se ha registrado un dramático retroceso de la cobertura preventiva a los trabajadores (Ponting, 2002). Sería interesante examinar las diferencias entre hombres y mujeres en ese contexto. Asimismo, la posibilidad de que los trabajadores estén representados colectivamente en temas de salud laboral depende de distintos factores como son el tamaño de la empresa, la presencia sindical, el sector de

45. Remitirse en especial a los estudios indicados por Messing y Kilborn en Kilborn et al. (1998), pp. 109-111. Blair et al. (1999), revisa las razones que justifican los estudios específicos sobre el cáncer de origen profesional en las mujeres. Indican que, además de la existencia de cánceres específicamente femeninos de los que no existen muchos estudios en el ámbito de la salud laboral, es posible que el potencial cancerígeno de ciertas exposiciones varíe en función del sexo, y que no se pueden descartar especificidades masculinas o femeninas en el desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

actividad, la categoría profesional, etc. La legislación de los países de la UE impone a todo empleador la obligación de realizar una evaluación de riesgos y de planificar actividades preventivas en base a ésta. En la práctica, existen enormes diferencias entre las empresas (sobre todo en función de su tamaño), los sectores de actividad y los países (Karagiorgeou et al., 2000). La integración de los problemas señalados por las mujeres en la evaluación de riesgos suele ser problemática (véase Kirby, 1998 sobre la situación en el Reino Unido). Las prioridades asignadas a las políticas nacionales de prevención y a las actividades de inspección laboral pueden contribuir a que se creen desigualdades en cuanto al acceso a los recursos preventivos[46]. Hay muchos países en los que el porcentaje de accidentes laborales declarados sigue siendo un elemento primordial para la determinación de las prioridades en la asignación de los recursos preventivos. En conjunto, existen distintos elementos que permiten suponer que las trabajadoras tienen, en general, un menor acceso a los dispositivos de prevención, aunque esto no es sino una hipótesis razonable. Los países de la UE cuentan con numerosos datos sobre los dispositivos de prevención, si bien no existe una información sistemática sobre un hipotético trato desigual entre mujeres y hombres.

46. En aquellos países en los que los organismos de control de los riesgos profesionales tienen un papel importante en la definición de los objetivos de prevención, las diferencias de género podrían aumentar. Ocurre así especialmente en Alemania, España y Austria, y en menor medida en Francia (en lo referente a la organización de la investigación del INRS y los sistemas de control y prevención implantados por los CRAM). De nuevo, sólo se trata de una hipótesis razonable: el resumen de las actividades preventivas no contiene un análisis de género.

España es una excepción en este sentido. Diferentes datos permiten constatar que las mujeres tienen, en conjunto, un menor acceso a los dispositivos preventivos que los hombres. La encuesta sobre las condiciones laborales de las mujeres en Navarra realizada en 1997 (INM-INSL, 1999) aporta cuantiosa información sobre el acceso a estos dispositivos preventivos. Algunos datos hablan por sí solos: el 6,9% de las trabajadoras que respondieron a la encuesta declararon que, por lo que sabían, su empresa había realizado un análisis de riesgos laborales. Este porcentaje llega al 12% en el caso de sus colegas masculinos. El 8,6% de las trabajadoras recibieron formación sobre prevención de riesgos laborales, porcentaje que llega hasta el 28% en el caso de los hombres. El resultado contrasta enormemente con el acceso a la formación en general (es decir, la formación que no está relacionada con la salud laboral), ya que en ese caso son las trabajadoras las que tienen un mayor acceso que los hombres (el 34,4% frente al 24,5% durante los doce meses anteriores a la encuesta). La IV Encuesta Nacional Sobre Condiciones de Trabajo (1999) permite extraer conclusiones parecidas[47]. El 48,1% de las trabajadoras están en empresas que cuentan con delegados de prevención, frente al 57,1% de trabajadores. La diferencia es mayor en lo que se refiere al Comité de Seguridad e Higiene. El 73,5% de los trabajadores que cuentan con un delegado de prevención, tiene también un Comité de

47. Queremos agradecerle a Dña. Antonia Almodóvar del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) que nos haya enviado al BTS una tabulación por género de todos los datos de la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

Seguridad e Higiene en su empresa, frente al 69,5% de las trabajadoras. El siguiente cuadro muestra el desigual acceso a los servicios de prevención para hombres y mujeres. En el conjunto de opciones posibles, el porcentaje de trabajadoras es inferior al de trabajadores. Tan sólo las respuestas negativas y los "no sabe" conllevan porcentajes superiores en el caso de las mujeres.

Cuadro 5: **Acceso a los dispositivos de prevención en las empresas en España. Diferencias entre hombres y mujeres (1999)**

	Total Trabajadores	Hombres	Mujeres
La empresa asume la función de la prevención de riesgos	18,4	19,8	15,9
La empresa designa uno o varios trabajadores	17,9	21,2	12,0
Servicio de prevención interno	17,1	17,2	17,0
Servicio de prevención compartido entre varias empresas	4,0	4,1	3,9
Se recurre a un servicio externo	26,4	28,5	22,6
Otros dispositivos	1,6	1,6	1,7
Ninguno	12,9	10,7	16,7
No sabe	18,9	17,4	21,5
No contesta	0,7	0,7	0,6

Varias respuestas posibles
Fuente: INSHT, Tabulación por género, IV encuesta nacional de condición de trabajo

Hay datos comparables que demuestran las desigualdades en las distintas modalidades de acciones preventivas que organizan las empresas. El 49% de las mujeres frente al 61,6% de los hombres han sido examinados por un médico laboral en los 12 meses anteriores a la encuesta. El tipo de revisión no tiene por que ser el mismo. En el 42,45% de los casos de mujeres que han sido sometidas a una revisión médica, se trataba de una revisión general sin relación alguna con los riesgos de su trabajo, cifra que disminuye al 33,3% en el caso de los hombres. El puesto de trabajo ha sido objeto de un estudio sobre riesgos laborales en los doce meses anteriores a la encuesta para el 15,3% de las mujeres, frente al 21,4% de los hombres. Una vez hecha la revisión, el 42,6% de las mujeres no fue informado del resultado frente al 32,2% de los hombres. Las consecuencias, en términos de acciones preventivas, presentan diferencias aún más importantes. Después del análisis de los riesgos laborales, se tomaron medidas preventivas en el 65,3% de los puestos masculinos frente al 49,3% de los puestos femeninos. Las mujeres tienen un acceso algo más habitual a las actividades formativas que los hombres (el 43,4% frente al 41,0% se han beneficiado de algún tipo de formación durante los doce meses anteriores a la encuesta). Sin embargo, entre las personas que han tenido acceso a algún tipo de actividades formativas, la formación destinada a la prevención de riesgos laborales atañe a un 45,1% de los hombres frente a un 26,5% de las mujeres.

¿Qué ha pasado entonces con el trabajo no remunerado?

Como ya hemos mencionado, es muy raro que los datos sobre la salud laboral aporten información sobre el trabajo no remunerado. Algunos datos se obtienen "por defecto", a partir de descriptores demográficos o de datos sobre la situación familiar, lo que no permite realizar un análisis profundo.

Los datos sobre la edad, la situación familiar y el sexo de la población estudiada en las estadísticas de salud laboral reflejan a menudo una población mayor de hombres casados que de mujeres casadas. Estos datos ponen de manifiesto la dificultad de combinar el trabajo remunerado con el trabajo no remunerado para las madres con más de dos hijos (con diferencias, evidentemente, en función de la edad de éstos). Pero, en conjunto, se trata de datos dispersos.

Sin embargo, hay un dato que salta a la vista: las mujeres que trabajan únicamente en el ámbito familiar son víctimas de daños a la salud mucho más importantes que las que lo hacen tanto en el ámbito familiar como en el del trabajo remunerado. La selección en base al "efecto del trabajador asalariado sano" (*healthy worker effect*) no basta para explicar diferencias tan importantes, incluso en los países en los que la tasa de ocupación femenina es elevada (lo cual limitaría aparentemente la importancia de tal efecto de selección). La explicación está relacionada con la contribución positiva que el trabajo remunerado ejerce sobre la salud. Los factores citados más a menudo son:

- La socialización.
- Una mayor autonomía material, que facilita la definición de proyectos de vida que no dependan de un cabeza de familia (cónyuges, padres, etc.).
- Importante contribución a la autoestima.
- Cierta diversificación de las actividades que, dentro de un marco que permita el control por parte de la trabajadora, contribuya a un mejor dominio del ámbito extralaboral.

Es evidente que, además de cada uno de los factores que pueden contribuir positivamente a la construcción de la salud, tanto las condiciones concretas del trabajo remunerado como las del trabajo no remunerado tienen un impacto decisivo. Es lo que vemos en algunos de los siguientes ejemplos:

- En el trabajo a domicilio o en el servicio doméstico remunerado, el proceso de socialización es normalmente mucho menor que en las demás formas de trabajo.

- La diversificación de las actividades puede verse muy limitada en ciertas profesiones en las que las actividades femeninas suponen una continuación de sus actividades domésticas no remuneradas.
- El trabajo doméstico no remunerado puede efectuarse en condiciones variables, en función de la contribución de los demás miembros de la familia, del apoyo material y emocional, del reconocimiento social, etc.

La "doble carga de trabajo" parece tener efectos distintos según las características del trabajo no remunerado, las del trabajo remunerado y según la manera en que ambos se conjugan.

Una investigación sueca propone un cuadro general explicativo sobre el impacto en la salud de los distintos modos de combinar vida profesional y trabajo no remunerado. A pesar de que cada hipótesis formulada en este marco merezca un estudio más a fondo, no deja de ser útil echar un vistazo rápido a las formas generales de combinación entre las dos "jornadas laborales" y su impacto sobre la salud.

Según el modelo del cuadro 6, se asume que las situaciones descritas tienen el mismo impacto sobre la salud de los hombres y la de las mujeres[48]. Ciertas situaciones son mucho más comunes para las mujeres (sobre todo las de alto riesgo 1 y 4), y otras que lo son para los hombres (3 y 6).

48. Hay que matizar esta afirmación ya que depende de otros muchos factores: la división del trabajo en las tareas domésticas, cuando estas se comparten, no suele ser igualitaria. La valoración del trabajo doméstico masculino puede tener una gran variación en función de factores socioculturales y en función de las tareas. Durante mucho tiempo, cambiar los pañales de un bebé, para un padre, era considerado algo indigno. Hoy en día esta percepción está cambiando.

Actualmente existen muy pocos datos sobre esta combinación.

Cuadro 6: **Relaciones posibles entre la "doble jornada laboral" y la salud**

Empleo remunerado	**Trabajo no remunerado en el ámbito privado**		
	Responsabilidad principal	Responsabilidad compartida	Poca responsabilidad
Estresante	1. Riesgos graves para la salud	2.	3. Riesgos para la salud
Bueno	4.	5. Mejor salud	6.
Sin empleo	7. Riesgos para la salud	8.	9. Riesgos graves para la salud

Fuente : Härenstam et al., 2001, p. 292

En Terrassa, Cataluña, se realizó una encuesta sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras con unos resultados interesantes (Artazcoz et al., 2001-a). Las personas que participaron en la encuesta debían tener un trabajo y vivir en pareja. La carga de trabajo doméstico se calculaba a partir de cuatro indicadores: número de personas en el hogar (dos grupos, en función de

que el número fuera mayor a 4, o entre 2 y 4), presencia en el hogar de uno o más niños menores de 12 años, presencia de una persona mayor de 65 años y empleo de una persona como servicio doméstico asalariado. Con respecto a los hombres no hay variaciones significativas que permitan relacionar el estado de salud con tres de estos factores (el único factor que conlleva una variación significativa y positiva, es la presencia de una persona de más de 65 años en el hogar). Este dato es similar al que reflejan muchos estudios sobre el uso del tiempo: la aportación de los hombres al trabajo doméstico varía poco en función de su volumen total. Sin embargo, la categoría profesional sí aparece como un factor determinante (el número de hombres que declaran tener un mal estado de salud es 2,69 veces mayor en los dos sectores profesionales menos favorecidos que en el más privilegiado). Por el contrario, con respecto a las mujeres sí existe una correlación significativa entre las variables domésticas y el estado de salud. Las mujeres en cuyo hogar hay más de 4 personas, que declaran tener un mal estado de salud son 3,65 veces superior a aquellas en cuyo hogar hay 4 o menos personas. Las mujeres que no pueden recurrir a una persona asalariada para realizar parte del trabajo doméstico, y que declaran tener un mal estado de salud son 4,43 veces superiores a las que disponen de la ayuda de una trabajadora del hogar. La presencia de un menor de 12 años parece desempeñar un papel favorable, y la de una persona de más de 65 años un papel muy favorable (es la única variable predictora entre las variables domésticas para los hombres, aunque lo sea en menor medida). Los autores del estudio destacan que la correlación entre el estado de salud y la presencia en el hogar de una persona mayor de 65 años no está clara debido a los resultados contradictorios en distintos estudios. El efecto positivo para la salud vendría dado por la ayuda práctica y emocional por parte de una persona mayor.

De los datos desagregados en función del sexo al análisis de género: un cambio todavía poco habitual

El tratamiento de los datos es muy desigual y refleja en gran medida la importancia que las políticas públicas otorgan a la salud laboral. En algunos países se ha puesto en marcha un sistema de información relativamente amplio sobre la salud laboral. En los países nórdicos es un hecho arraigado. En otros países se están haciendo importantes esfuerzos para que regularmente se pueda obtener una visión general basada en una batería de indicadores[49]. ¿En qué medida este esfuerzo de síntesis ha sido integrado en la dimensión de género?

49. Podemos citar en especial los informes anuales franceses sobre las condiciones de trabajo, y los trabajos de la DARES sobre este tema. En Holanda, el Ministerio de Trabajo publica un resumen anual titulado "Arbo-balans". En otros países como Italia, Bélgica, Luxemburgo, Portugal o Irlanda, no se publica ningún resumen global, aunque sí que existen datos sueltos sobre las enfermedades profesionales, los accidentes laborales o las encuestas específicas sobre ciertos temas.

Los datos desagregados en función del sexo suelen estar disponibles en la mayoría de los sistemas de información estadística que existen, a pesar de que se observan importantes carencias. Pero estos datos, por sí mismos, no bastan para realizar un análisis de género de las situaciones descritas. En muchas ocasiones, sólo aparecen como una variable de descripción demográfica de la población cubierta (es una especie de "expediente de estado civil": edad, sexo y a veces nacionalidad) sin que se puedan establecer suficientes relaciones con la segregación del trabajo y la especificidad de las relaciones laborales vinculadas con el género. La elaboración de estudios plantea un verdadero problema relacionado con la escasa utilización analítica de la variable del género. A grandes rasgos, se sabe cuál es el porcentaje de mujeres que trabajan a media jornada o aquellas de entre 50 y 55 años que tienen trabajo. Normalmente existen datos desagregados en función del sexo sobre los accidentes laborales, las enfermedades profesionales registradas, sobre el absentismo o el número de personas con minusvalías. Además, existen datos relativamente precisos sobre la segregación sexual, aunque son pocos los análisis sobre cómo interactúan estos datos. La carencia principal estriba en la pobreza de los modelos explicativos subyacentes. El sexo, como variable autónoma, no sirve para explicar gran cosa en el ámbito de la salud laboral. Es importante integrar el sexo en una matriz más general que incluya al menos las formas de empleo, las cuestiones relacionadas con el tiempo de trabajo, los sectores de actividad, las tareas desempeñadas, etc.

Diversas fuentes ofrecen información sobre la situación familiar (casado/a, divorciado/a o soltero/a que vive sólo/a, divorciado/a o soltero/a que vive en pareja, etc.). También ofrecen información sobre la paternidad (numero de hijos, edad, presencia en el hogar, etc.). Sin embargo, esta información no se suele utilizar a modo de variable explicativa de las condiciones laborales (salvo, relativamente a menudo, para explicar la segregación de las mujeres en el trabajo a tiempo parcial). Un estudio francés sobre las distintas formas de violencia ejercida contra las mujeres (Brown et al., 2002) señala el estrecho vínculo que existe entre las distintas formas de violencia en el mundo del trabajo y el modo de vida de las mujeres en lo que se refiere a su situación familiar (casada, viuda, divorciada, soltera, con pareja o sin pareja).

Cuadro 7: **Proporción de mujeres que han declarado alguna forma de violencia en el trabajo (en %) en función de su modo de vida**

	Casada o viuda con pareja	Soltera con pareja	Divorciada o separada con pareja	Divorciada o separada sin pareja	Soltera sin pareja
N=	2.883	768	66	335	471
Tipo de violencia					
Insulto, amenaza verbal	6,7	7,9	14,7	10,1	12,5
Presión psicológica	13,6	19,9	26,2	22,9	18,9
– acoso psicológico	2,6	4,3	9,5	6,7	5,5
Desgaste del trabajo	1,5	2,4	5,6	3,5	3,8
Agresión física	0,6	1,2	0,0	1,1	0,4
Acoso y agresión sexual	0,9	3,3	2,9	4,0	3,6

Universo: mujeres que han trabajado en los últimos doce meses
Fuente: Brown, Fougeyrollas-Schwebel, Jaspard (2002), p. 158

Algunos estudios nacionales o regionales analizados desde una perspectiva de género

Nuestro estudio nos ha permitido tener acceso a distintas iniciativas nacionales o regionales que han realizado esfuerzos importantes para hacer visible la dimensión de género dentro de la salud laboral, aunque siguen siendo casos minoritarios en el conjunto de estudios sobre las condiciones laborales y su impacto en la salud. Estas iniciativas tienen el enorme mérito de aportar una respuesta práctica ante la reacción defensiva de numerosas instituciones que manifiestan que una plena integración de la dimensión de género se enfrentaría a obstáculos metodológicos infranqueables.

En Navarra, dos instituciones, el Instituto Navarro de Salud Laboral y el Instituto Navarro de la Mujer, se han asociado para elaborar juntas un estudio sobre la salud y las condiciones laborales de las mujeres de esta comunidad (INM-INSL, 1999). Dicha encuesta se realizó en 1997, revisándose después el cuestionario inicial basado en la encuesta sobre las condiciones laborales. La introducción de algunas variables nuevas y poco habituales en el ámbito de la salud laboral (para determinar la importancia del trabajo no remunerado y sus condiciones de realización) permite vislumbrar mejor las diferencias entre hombres y mujeres. Casi nos dan ganas de decir que basta con incluir algunas de esas preguntas simples que siempre suelen obviarse. La experiencia de Navarra demuestra que la voluntad

política y la escucha de las vivencias de las trabajadoras son los dos elementos más importantes que debe haber si se quiere llegar a obtener una descripción más precisa de las relaciones de género dentro del ámbito de la salud laboral. Si comparamos el trabajo realizado en Navarra con los datos nacionales obtenidos independientemente por el Instituto de la Mujer[50] y el Ministerio de Trabajo, observaremos la enorme diferencia relacionada, precisamente, con los condicionantes políticos. A nivel metodológico, bastaría con un número limitado de cambios para poder ofrecer una visión mucho más exacta de la situación.

50. En la página Web del Instituto de la Mujer está disponible la base de datos sobre las "mujeres en cifras": *http://www.mtas.es/mujer/mcifras*

En Alemania, un informe sobre el estado de salud de las mujeres dedica una parte importante a la salud de las mujeres trabajadoras (Ducki, 2001). Además de tener en cuenta la conciliación entre vida profesional y trabajo doméstico, el informe presenta los siguientes elementos:

- Indicadores de salud relativos a las trabajadoras ocupadas y, en especial, datos relativos a la discapacidad, la incapacidad laboral, los accidentes laborales, las enfermedades profesionales y la jubilación anticipada por enfermedad.
- Elementos relativos a las imposiciones y los recursos profesionales de las trabajadoras de profesiones y sectores altamente feminizados (trabajo de oficina, sector de la limpieza, vendedoras, trabajos de carácter social: asistentes sociales, ayuda familiar, sector sanitario, sobre todo enfermeras).
- Datos relativos al trabajo doméstico, al trabajo familiar de las mujeres, a las desempleadas y al impacto de dichas situaciones sobre la salud.

En Finlandia, el estudio sobre la calidad de vida en el trabajo analiza el entorno de trabajo tanto desde el plano físico como del psicosocial. La toma de datos se realiza siempre mediante entrevistas cuya muestra disminuyó de las 7.500 personas del primer estudio (1977) a las 3.500 del cuarto (1997). Statistics Finland ha realizado cuatro de los estudios. El último, de 1997, se hizo como complemento a la encuesta europea de fuerza de trabajo (EFT). La encuesta aborda el ambiente de trabajo desde una dimensión física, psíquica y social, y consta de diez preguntas sobre el trabajo no remunerado, su distribución en el seno familiar y su relación con el trabajo remunerado.

Las explotaciones secundarias que se han realizado de esta encuesta a menudo han hecho especial hincapié en la perspectiva de género (Lehto & Sutela, 1999-a et b). Entre los elementos que destacan, cabe mencionar los siguientes:

- La presión del tiempo ha aumentado paulatinamente a lo largo de los años. Mientras que en el pasado afectaba especialmente a los hombres, hoy en día afecta en mayor medida a las mujeres.
- En todo lo referente a las posibilidades de influencia o de control sobre el trabajo, existen diferencias sistemáticas entre hombres y mujeres. Las mujeres tienen menos capacidad de control que los hombres en lo referente al contenido de las tareas acometidas, al ritmo y al método de trabajo, al reparto del trabajo entre trabajadores y a la adquisición de equipamiento.
- En general, las mujeres sufren un índice mayor de discriminación que los hombres, lo que se observa especialmente en el acceso a la formación dentro de la empresa, la información relacionada con el trabajo y la actitud de los colegas y superiores en general.

En Suecia, el Instituto de la Vida Laboral y la Autoridad del Entorno Laboral (organismo que dirige la inspección de trabajo) publicó un informe exhaustivo sobre la vida en el trabajo y la salud en Suecia en el año 2000 (Marklund, 2001). El libro se estructura en tres niveles en base al análisis de género, y contribuye a la selección de temas analizados que no dan prioridad a los riesgos masculinos tradicionales. La perspectiva de género está presente en la mayoría de los temas y permite la elaboración de datos separados para hombres y mujeres, así como la propuesta de hipótesis explicativas. Constituye también el eje vertebrador de un capítulo dedicado a al análisis diferenciado de los daños a la salud entre hombres y mujeres. Al contrario de lo que sucede en otros países, el informe sueco es un documento de síntesis que utiliza datos de diversas fuentes. Demuestra que los problemas técnicos debidos a la interconexión de datos no suponen un obstáculo insalvable para la elaboración de una síntesis que se base en una serie de evaluaciones cualitativas realizadas a partir de cuestiones comunes. Sin embargo, la relación entre el trabajo remunerado y el no remunerado sólo se aborda de manera secundaria. En este ámbito, el estudio sigue bebiendo de las fuentes tradicionales de la salud laboral, lo que resulta extraño, ya que en otros campos incorpora importantes novedades (por ejemplo, en lo referente a las relaciones entre salud, desempleo y precariedad).

En Francia hay un gran número de instrumentos estadísticos sobre la salud laboral y las condiciones laborales. Además de los indicadores tradicionales sobre los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, que se recogen en el marco de las actividades de los sistemas de compensación de riesgos pro-

fesionales, existen datos sobre la vigilancia médica (la encuesta SUMER cubre más de 48.000 trabajadores), así como sobre las condiciones laborales, recogidos y analizados por DARES. En particular, los estudios sobre las condiciones laborales de 1984, 1987, 1991 y 1998 permiten evaluar cómo ha evolucionado la situación. Este estudio se realiza sobre una muestra de alrededor de 20.000 trabajadores. Durante mucho tiempo, el análisis de estos datos no había contemplado de manera sistemática la perspectiva de género. Normalmente se disponía de tablas con datos desagregados por hombres y mujeres, aunque se realizaban muy pocos análisis menores sobre la interpretación de las diferencias constatadas. Según uno de nuestros colaboradores, el Ministerio de Investigación Científica inició un proyecto de investigación para una mejor integración de la perspectiva de género en el análisis de las condiciones laborales.

Gollac y Volkoff (2002) efectuaron un análisis específico sobre las condiciones laborales de los obreros y las obreras que cubría aproximadamente un 30% de la población ocupada que se había incluido en el estudio de 1998. Además, profundizaron en el análisis de las encuestas sobre las condiciones laborales utilizando datos de otros estudios (sobre trabajo y modos de vida, y sobre técnica y organización del trabajo). La ventaja de realizar un análisis específico de la población obrera es que se consigue, en cierto modo, minimizar los errores que se producen al trabajar sobre el conjunto de la población ocupada. A menudo, las diferencias entre hombres y mujeres no aparecen de manera clara debido a que las estadísticas ofrecen datos unificados sobre colectivos de trabajo muy dispares. Al centrar su análisis únicamente en la población obrera, los autores han demostrado la importancia de la división sexual del trabajo en el ámbito de la organización del trabajo, subrayando hasta qué punto los estereotipos tradicionales se han visto renovados gracias a las recientes transformaciones de la organización del trabajo, que combina la intensificación del trabajo con otras formas de autonomía controlada. Los autores destacan en especial que: "el trabajo obrero (...) aparece como una caricatura de ciertos estereotipos de género. El rol (profesional) de las obreras es ser sumisas, trabajo duro en el desempeño de las tareas rutinarias, trabajar de manera relativamente aislada (aislamiento que, a menudo, forma parte del trabajo doméstico). En el lado opuesto, se encuentran relativamente protegidas, no necesariamente de las obligaciones impuestas, sino de los ataques más violentos contra la integridad física: no están tan obligadas a arriesgarse de manera inmediata para garantizarse un empleo, al igual que, fuera del trabajo, se supone que las mujeres no parti-

cipan en actividades violentas. Para terminar, sus horarios son compatibles con una actividad extraprofesional intensa".

El cuadro siguiente es una muestra significativa de una organización del trabajo disciplinaria que afecta en mayor medida a las obreras.

Cuadro 8: **Algunas características de la organización del trabajo de las obreras y los obreros en Francia (1998)**

% de personas que declaran que:	Obreras	Obreros
Trabajan en cadena	24%	7%
Su trabajo es repetitivo, con ritmos cíclicos inferiores a 1 minuto	27%	10%
Los superiores les dicen cómo hacer el trabajo	29%	21%
Su ritmo de trabajo está controlado al menos una vez al día por los superiores	43%	37%
Su ritmo de trabajo está determinado por normas o plazos que cumplir en una hora o menos	41%	34%
Sus horarios están controlados por la empresa sin que puedan modificarlos	84%	87%
No pueden elegir el momento de los descansos	22%	13%
No pueden hablar durante el trabajo	10%	2%
Nunca tienen la posibilidad de tratar colectivamente los problemas de organización o de funcionamiento del servicio	54%	38%
Viven situaciones de tensión con los superiores	25%	31%

Fuente : encuesta DARES 1998 en Gollac y Volkoff, 2000, p. 65
Se puede consultar una versión más completa y ligeramente diferente en la presentación de los datos (con datos diferenciados entre obreros/obreras cualificados/as y no cualificado/as) en Gollac y Volkoff, 2002, p.28

Gollak y Volkoff destacan también que el crecimiento del empleo no cualificado entre las mujeres se concentra en las profesiones de tipo administrativo. Entre 1984 y 1998 el número de obreras no cualificadas disminuyó de 850.000 a 650.000, mientras que el número de empleadas de tipo administrativo no cualificadas pasó de 1.800.000 a 2.400.000. A partir de ahí, podemos observar mediante diversos parámetros que las condiciones de trabajo de las trabajadoras de tipo administrativo se deterioraron más rápido que las de las obreras no cualificadas. De los trece factores analizados por los autores, sólo se observa mejoría en uno de ellos (la exposición a un ruido habitual bastante fuerte). Las imposiciones de carácter físico (sobre todo las posturas incómodas y fatigantes y la carga de peso) y las imposiciones del ritmo experimentaron un importante aumento entre 1984 y 1998.

Otra importante fuente de información sobre las condiciones laborales son los estudios sobre el envejecimiento y la salud laboral, que aportan ciertos datos sobre el sexo de las personas encuestadas, aunque el uso de estos datos en un análisis que integre la perspectiva de género sigue siendo desigual. La perspectiva de género ha sido utilizada en ciertos estudios basados

en los datos de la encuesta ESTEV[51], que versa sobre la salud percibida de una población de más de 21.000 trabajadores. Cabe destacar que aunque las mujeres hayan estado generalmente menos expuestas a factores de dureza física, lo han estado más a menudo a un trabajo repetitivo bajo la presión del factor tiempo, independientemente de su edad. La mencionada encuesta sacó a la luz las imposiciones estacionales y selectivas, imposiciones presentes en la misma medida en el mundo del trabajo pero que no implican a los mismos individuos de forma continuada y cuya dureza empuja a estos individuos a intentar evitarlas en cuanto les es posible. En el caso de las mujeres, este tipo de imposición afecta fundamentalmente a los trabajos por turnos y al trabajo repetitivo.

51. Véase Bardot et al. (1996) y Bertin, Dubré y Meritet (1997).

Suecia: la encuesta MOA pone de relieve el crecimiento de la desigualdad

La encuesta MOA versa sobre "el trabajo moderno y las condiciones de vida de las mujeres y los hombres", y fue realizado por un equipo multidisciplinar entre 1995 y 1997. Se investigó sobre las condiciones psicológicas, ergonómicas, organizativas y los factores físicos y químicos. Se estudiaron 80 empresas, tanto públicas como privadas. Se realizaron entrevistas a empresarios y gestores, y se analizó la documentación existente sobre la organización del trabajo. Se seleccionaron algo más de cien trabajadores y otras tantas trabajadoras, para realizar entrevistas personales en profundidad y responder a una encuesta. El objetivo del estudio era el análisis de las relaciones entre los cambios en la organización del trabajo y la vida en el trabajo, integrando el análisis de los parámetros de la organización y de los individuos. La perspectiva de género fue considerada desde el principio como un elemento importante del análisis, lo cual supuso efectos en el método de selección de los trabajadores y las trabajadoras y en las situaciones laborales.

Los datos recogidos permitieron agruparlos en *clusters* que describieran tanto las modalidades de transformación de la organización del trabajo como grupos de trabajadores con unas condiciones laborales que evolucionaban de manera relativamente homogénea. Hay un hecho que parece destacar: las condiciones laborales evolucionan de manera diferente. En otras palabras, las desigualdades sociales, tal y como podemos observar en las condiciones de trabajo, se han incrementado. Cierto es que no hay motivos para pensar que este hecho sea una sorpresa, ya que el crecimiento de las desigualdades se da también en otros ámbitos (ingresos, patrimonio, acceso a los cuidados sanitarios, esperanza de vida, funcionamiento de la justicia y del sistema penitenciario, etc.). La investigación sueca ofrece datos que se enfrentan al optimismo político oficial sobre la "sociedad de la información". Demuestra que los nuevos métodos de organización del trabajo no constituyen un compromiso equilibrado entre los intereses de los distintos grupos sociales, sino que, al contrario, se puede deducir claramente que hay ganadores y perdedores.

Ya que no podemos abordar el conjunto de la investigación, nos limitaremos a retomar la descripción de los seis grandes *clusters* tal y como han sido descritos por los investigadores.

1. "Empleos decentes". Los trabajadores, hombres y mujeres, consiguen encontrar un equilibrio entre su trabajo y su vida privada. Su puesto y los medios de los que disponen les permiten realizar su trabajo. Suelen trabajar con horarios fijos, en el sector privado. Se trata, principalmente, de personal administrativo de oficinas.
2. "Empleos sin fronteras". El trabajo y el ocio ya no están delimitados. Los plazos a los que están sometidos en el trabajo son muy ajustados. Hay una segregación en el empleo entre hombres y mujeres. Los individuos tienen un gran poder de decisión sobre su propio trabajo. Principalmente son gestores de proyectos, consultores y trabajadores de los medios de comunicación.
3. "Empleos estancados". Se trabaja bajo una gran presión debido al tiempo, lo que provoca mucho estrés. Son sectores en los que se da una fuerte competencia. Los trabajadores tienen contactos frecuentes, aunque superficiales, con el público, y carecen de poder de decisión sobre su propio trabajo. Citemos, en este grupo, a los trabajadores de los *call-center* y a los conductores de autobuses.
4. "Empleos expuestos". Se trata de trabajos duros a nivel físico y que se realizan en un entorno laboral de mala calidad (donde se concentran los riesgos químicos y físicos). Muchos de los trabajadores de este grupo tienen un mal estado de salud a pesar de ser aún jóvenes.

5. “Empleos duros y monótonos”. Generalmente se trata de trabajos con una importante carga física. A menudo se trata de trabajos precarios y monótonos. Los trabajadores suelen acabar la jornada de trabajo agotados y muestran un comportamiento pasivo durante su tiempo de ocio. La precariedad está relacionada frecuentemente con la privatización de empresas públicas o con la competencia entre las subcontratas. Citemos en este grupo a los trabajadores y las trabajadoras de la limpieza o a los conductores del sector de transporte de mercancías.
6. “Empleos limitados”. Se trata de trabajadores que consideran que no se les deja realizar su verdadero trabajo. Normalmente están en el sector público. Han sufrido los cambios en el funcionamiento de la Administración y cada vez tienen que entregar más documentación que justifique su trabajo. Generalmente están altamente cualificados y disfrutan de un alto estatus en la sociedad. Su estado de salud empeora considerablemente. Citemos en este grupo al personal de policía, los fiscales y los trabajadores sociales.

Otro aspecto estudiado por los investigadores tiene que ver con la intensificación del trabajo y la capacidad de control individual sobre el trabajo. La carga de trabajo ha aumentado en todas las empresas analizadas, aunque la intensificación ha sido particularmente rápida en los sectores con una fuerte concentración femenina y que están relacionados con el público (usuarios, clientes, etc.). Entre las empresas en las que las transformaciones se han centrado en el “trabajo flexible” hay un hospital, colegios, un supermercado, una gran empresa industrial y una empresa del sector de la informática.

La evolución de las condiciones laborales desde una perspectiva de género supone una parte importante de la investigación. Podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Parece que los hombres que trabajan en centros de trabajo mixtos comparten en mayor medida el trabajo doméstico no remunerado con sus parejas que los que ocupan empleos no mixtos.
- Normalmente, las peores condiciones laborales se dan en los centros de trabajo donde trabajan sobre todo mujeres. El deterioro de la calidad del trabajo en los servicios públicos desempeña aquí un papel importante.
- Parece que los hombres se benefician más que las mujeres del hecho de trabajar en centros de trabajo mixtos.
- Los cambios en la organización del trabajo parecen haber contribuido a incrementar las diferencias entre los distintos grupos. Las diferencias de clase parecen haberse intensificado. Cuando el trabajo y las condiciones de vida son similares, se observan pocas diferencias entre hombres y mujeres, aunque esta situación es muy poco frecuente.

Fuente: informe de Lena Skiöld publicado en el boletín informativo *Working Life. Research and development news,* n° 3-2000. Los demás datos nos han llegado a través de Annika Härenstam, directora del proyecto (contacto: annika.harenstam@niwl.se).

La dimensión de género y la elaboración de datos de salud laboral en las instituciones de la Unión Europea

En este apartado sólo analizaremos la investigación relacionada directamente con las condiciones laborales y su relación con la salud. Las limitaciones de este estudio nos han impedido analizar la integración de la dimensión de género en otros programas de investigación sobre salud pública o igualdad.

En el ámbito de la salud laboral, hay tres instituciones comunitarias que desempeñan un papel importante.

La Fundación de Dublín

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, conocida como la Fundación de Dublín, lleva a cabo investigaciones en distintos campos, entre ellos el de las condiciones laborales. En nuestra opinión, es la institución comunitaria que integra de manera más sistemática la dimensión de género. El estudio sobre las condiciones laborales se realizó en tres fases (1990, 1995 y 2000) en base a un cuestionario difundido en todos los países comunitarios. La última encuesta también se difundió en los doce países candidatos a la adhesión a la UE[52]. Comprobamos que se ha tenido en cuenta la dimensión de género ya que la elección de los indicadores incluye una serie de cuestiones cruciales: riesgos "no tradicionales", relaciones sociales entre los sexos que se dan en los altos cargos, etc. En base a esto, se profundizó en el análisis de los datos del estudio de 1995 para elaborar un primer informe específico que analizara la dimensión de género (Kauppinen, 1998).

52. Se puede consultar un resumen de datos sobre estos doce países en: *http://www.eurofound.eu.int/working/cc/factsheets.htm*

El estudio del año 2000 también fue objeto de un desarrollo que ha permitido superar el mero análisis de los datos en bruto, al realizar una comparativa entre hombres y mujeres en relación a los parámetros analizados en el estudio.

El análisis de Véronique Daubas-Letourneux y Annie Thébaud-Mony (2002) sobre la organización laboral y la salud laboral en la UE parte de una explotación estadística secundaria del estudio del año 2000 y establece comparativas con los datos de estudios anteriores. Su objetivo no es la comparación general de hombres y mujeres, sino que intenta más bien analizar distintas formas de organización laboral para descubrir las relacio-

nes existentes entre esa forma de organización laboral y los daños a la salud. Este enfoque está por encima de una perspectiva causalista demasiado encasillada, inspirada en la epidemiología basada en los riesgos específicos, para determinar su impacto en la salud. Dicho análisis permite también pasar de las relaciones jurídicas (definidas mediante una clasificación de los tipos de empleo[53]) a las relaciones sociales de dominación tal y como aparecen, bajo distintas modalidades, en diversos tipos de organización del trabajo asalariado. Este análisis parte de la hipótesis que plantea los beneficios de tratar por separado ambos sexos. Los resultados obtenidos dan cuenta de la coherencia de este método. Cada tipo de organización del trabajo aplica una diferenciación entre los géneros y de este modo se puede medir el impacto diferenciado en la salud.

Las autoras crean cuatro grupos para las mujeres y otros tantos para los hombres. La denominación de cada grupo es idéntica, y en ellos aparecen las características principales comunes que permiten definirlos. Sin embargo, existen diferencias importantes en cuanto a la importancia respectiva en términos de población afectada, así como en las modalidades de los daños a la salud.

El grupo 1 corresponde al servicio doméstico (caracterizado, entre otras cosas, por la poca autonomía, por un sometimiento a las presiones de los jefes, por la falta de poder de decisión). Abarca al 18% de las mujeres asalariadas y al 17% de los hombres asalariados.

El grupo 2 corresponde al trabajo flexible (gran flexibilidad de la jornada laboral y presiones debidas al ritmo de trabajo propias del comercio). Abarca al 7% de las mujeres asalariadas y al 16% de los hombres asalariados.

El grupo 3 corresponde al trabajo con autonomía (autonomía relativamente elevada, presiones propias del comercio). Abarca al 53% de las mujeres asalariadas y al 49% de los hombres asalariados.

El grupo 4 corresponde al trabajo monótono (poca autonomía, presiones debidas al ritmo de trabajo propias de la industria). Abarca al 22% de las mujeres asalariadas y al 18% de los hombres asalariados.

Una observación más minuciosa nos permite extraer las características del trabajo para cada grupo, que son distintas para hombres y para mujeres. De este modo, podemos encontrar fenómenos transversales que tienen que ver con :

- Los grupos de mujeres con una importante cantidad de presiones impuestas por el ritmo de trabajo propias del comer-

53. La referencia a los tipos de contratos laborales es frecuente en los estudios sobre la precarización del trabajo, con la ventaja de ser una variable presente en numerosas encuestas. Sin embargo, tiene dos limitaciones. Parece haber cierta "porosidad" que provoca que las condiciones laborales precarias relacionadas a un contrato "atípico" modifiquen las condiciones de trabajo de los trabajadores "típicos" (contrato indefinido a jornada completa). Por otra parte, la forma jurídica del contrato por sí misma no determina las condiciones de trabajo. Un informático de prestigio que puede negociar contratos laborales a tiempo parcial con buenas condiciones, no puede compararse con la cajera de un supermercado.

cio. “El cliente siempre tiene la razón” al menos para dos tercios de las trabajadoras de cada grupo.
- En los grupos de hombres, la importancia del control del trabajo a través de normas de calidad que hay que respetar, y una evaluación personal de la calidad del trabajo.

Resulta significativo constatar que estas características de género en la organización del trabajo van más allá de la mera división sectorial entre industrias y servicios. Además, tanto para los grupos masculinos como para los femeninos, los tipos de organización del trabajo se encuentran en todos los sectores, con una distribución variable.

El reparto de estos cuatro grupos por países varía enormemente. Por ejemplo, el servicio doméstico representa un 42% de los empleos femeninos en Portugal frente al 4,9% en Dinamarca. El reparto por tramos de edad, por sectores y por profesiones también presenta importantes diferencias.

El análisis de los daños a la salud permite identificar distintas tipologías para cada grupo de hombres y mujeres.

Colette Fagan y Brendan Burchell (2002) han realizado un análisis de las relaciones entre género, empleo y condiciones laborales. En este informe se observa una estabilidad significativa en las condiciones laborales de hombres y mujeres a lo largo de la década estudiada, salvo en dos ámbitos. La intensificación del trabajo afecta al conjunto de los trabajadores, aunque lo hace de manera más significativa en las mujeres. Asimismo se observa que el trabajo en domingo se ha incrementado en gran medida entre las mujeres. Estos indicadores parecen mostrar una equiparación entre la situación general de los hombres y la de las mujeres. La segunda conclusión del estudio es que el modelo más apropiado para analizar las condiciones laborales es aquel que se basa en las relaciones sociales de género más que en el modelo que se limita a la segregación del empleo. Por una parte, hay una importante interacción entre el reparto desigual del trabajo remunerado y no remunerado, y por otra, entre las demás condiciones laborales. En lo referente al impacto de las condiciones laborales en la salud, el informe analiza la situación de hombres y mujeres teniendo en cuenta las diferencias de cada grupo entre el trabajo a tiempo parcial y el trabajo a tiempo completo. Aunque, por lo general, las trabajadoras a tiempo parcial padecen menos daños a la salud que las trabajadoras a tiempo completo, se pueden observar diferencias significativas en el índice de absentismo. Las trabajadoras a tiempo parcial se ausentan menos a causa de accidentes laborales,

enfermedades provocadas por el trabajo u otros problemas de salud. Sin embargo, el tiempo de ausencia es bastante mayor cuando dichos daños a la salud están motivados por el trabajo. De este modo, la duración media del tiempo de baja por enfermedades causadas por el trabajo es de 25 días al año en el caso de las trabajadoras a tiempo parcial, siendo de 17 días en el caso de las trabajadoras a tiempo completo. La explicación podría residir en ciertas condiciones que dificultan una gestión cotidiana de la salud en el trabajo y, cuando los problemas se acumulan, se convierten en patologías de mayor importancia.

Otras investigaciones de la Fundación permiten resaltar otros aspectos concretos que conviene tener en cuenta. Citaremos los estudios sobre:

- Las preferencias sobre la jornada laboral (Fagan, 2003).
- El trabajo precario y sus consecuencias en el ámbito de la salud y la seguridad (Benavides, Benach, 1999; Benach et al., 2002).
- Los perfiles sectoriales de las condiciones de trabajo (Houtman et al., 2002).
- Sectores específicos, como por ejemplo, trabajo doméstico.

La Agencia de Bilbao

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, conocida como la Agencia de Bilbao, es de creación más reciente y funciona de un modo bastante distinto al de la Fundación de Dublín. Su trabajo depende en gran medida de la calidad de las contribuciones de los colaboradores nacionales, que aportan la información. Hasta hace poco, la perspectiva de género no tenía más que un papel superficial en los informes publicados por la Agencia.

Su informe más importante es el dedicado al estado de la salud en el trabajo en la UE (European Agency, 2000). La dimensión de género no es objeto de un análisis en particular, lo que se explica en parte por el método utilizado. Dicho informe es un compendio de datos heteróclitos basados en datos de referencia de investigaciones anteriores (Estudio de la Fundación de Dublín de 1996, datos de Eurostat sobre accidentes laborales, etc.). Los centros de referencia nacionales tenían que responder a una serie de preguntas que permitieran verificar la sintonía de los datos nacionales de sus respectivos países con los datos comunitarios. Asimismo, tenían que pronunciarse, de manera que se pudieran identificar los riesgos más importantes. Este enfoque topó con dos dificultades metodológicas importantes.

Los datos nacionales podían ser muy diferentes, o ni siquiera existir. Es lo que permite constatar con rapidez el análisis de las respuestas. La identificación de los riesgos más importantes se basó en la suma de datos heteróclitos sin tener en cuenta los factores de ponderación (por ejemplo, la importancia de la industria química en Alemania e Irlanda, debería haber provocado que no se atribuyera el valor "1" a las respuestas positivas sobre la existencia del riesgo al que están expuestos los trabajadores de dicho sector en ambos países). Además, este enfoque ignora completamente la interacción entre los riesgos y las situaciones de trabajo.

El único intento de abordar la dimensión de género fue mediante la siguiente pregunta: "¿Cuál es el género más expuesto al riesgo analizado?". La pregunta es ambigua, ya que no se podía determinar si se trataba de una sobreexposición relacionada con la cantidad total de hombres y mujeres expuestos de manera absoluta en la población, ni la intensidad de la exposición en función del género. Lógicamente, el porcentaje de preguntas sin responder es enorme. De las once grandes categorías de riesgos analizadas, un promedio de 10 de cada 15 centros de referencia nacionales no respondieron a una pregunta tan mal formulada (European Agency, 2000, p.338). Las pocas respuestas recibidas reproducían una visión estereotipada de la distribución de riesgos entre los géneros sin aportar el menor elemento de análisis. A título anecdótico, 2 centros de referencia nacionales consideraron que las mujeres tienen una tasa de absentismo más elevada relacionada con las enfermedades profesionales, mientras que otro de estos centros considera que son los hombres. Los otros 12 tuvieron la decencia de no evaluar este apartado. Considerando lo poco que se reconocen las enfermedades profesionales de las mujeres en los países de la UE, podríamos poner en duda ese resultado de 2 a 1.

Sin embargo, parece que los programas de trabajo de la Agencia están evolucionando de forma positiva. Se prevé la publicación de un informe sobre la dimensión de género en el ámbito de la salud laboral[54], y la inclusión de la perspectiva de género en otros proyectos que se están desarrollando.

54. El informe no había sido aún publicado en el momento de redactar este libro. La Agencia nos envió una copia de la última versión del texto.

Eurostat

Eurostat estudia desde hace años los accidentes laborales y las enfermedades profesionales con el objetivo de conseguir una armonización del sistema estadístico, aunque durante mucho

tiempo, sin incluir la perspectiva de género en los estudios (como ha sido el caso de los estudios publicados sobre enfermedades profesionales). Estos estudios son un recurso importante para evaluar las disfunciones de los sistemas de reconocimiento de las enfermedades profesionales y el fracaso de las tentativas de armonización comunitaria que se llevan a cabo desde hace cuarenta años. En 1999, la Encuesta Europea de la Fuerza de Trabajo incluyó un módulo específico sobre accidentes laborales y enfermedades causadas por el trabajo[55], lo que permitió el contraste de datos sobre los accidentes reconocidos oficialmente y los declarados por los trabajadores a lo largo de la encuesta.

55. Este modulo no fue aplicado en Austria, Bélgica y Francia. Tan sólo fue parcialmente aplicado en Alemania.

Se realizó un análisis estadístico de género con los datos sobre los accidentes laborales y la salud laboral del estudio de 1999. En base a estos datos, Eurostat publicó un resumen de gran interés (Dupré, 2002). El análisis indica, en lo referente a los accidentes laborales declarados, que aunque la tasa de incidencia sea bastante más importante entre los hombres, al calcularla en relación al conjunto de los trabajadores, la diferencia se reduce cuando se tiene en cuenta la duración de la jornada laboral. Calculada en base a las personas con un empleo equivalente a tiempo completo (ETC), la distancia se mantiene, lo cual se explica principalmente por la segregación de los sectores de actividad y de los puestos de trabajo. En cuanto a la evolución, Dupré (2002) destaca que en la mayoría de los países comunitarios se da un fenómeno de aproximación entre las tasas de incidencias masculinas y femeninas de accidentes laborales entre 1994 y 1998, lo que sin duda se puede deber a la tendencia general del cambio del trabajo en la industria y la agricultura hacia el sector servicios. Salvo en cuatro países miembros, en los demás ha disminuido en menor medida la tasa de incidencia masculina que la femenina, o al menos ha aumentado menos. En Alemania, se está produciendo incluso un aumento de las tasas femeninas y un descenso de las masculinas. Al comparar los datos sobre los accidentes declarados y el resultado del estudio de la fuerza de trabajo, la separación entre la tasa masculina y la femenina es menor en las declaraciones de los trabajadores que en las estadísticas que emiten generalmente los sistemas de indemnización o los basados en las declaraciones de la patronal. El estudio abarca todos los sectores de la economía, mientras que las estadísticas nacionales del sistema EEAT (Estadísticas Europeas de Accidentes de Trabajo) difieren de un país a otro en lo referente a la población cubierta. Sin embargo, el estudio sólo incluía a 11 de los 15 países.

En lo referente a las enfermedades y otros problemas de salud relacionados con el trabajo, los datos calculados en función de los empleos ETC muestran una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual ocurre en todos los países que han participado en la encuesta, salvo en Grecia. El análisis de los tipos de problemas de la salud también muestra diferencias de género que pueden ser importantes. La prevalencia de los trastornos músculo-esqueléticos, estrés, la depresión y la ansiedad es más importante entre las mujeres que entre los hombres (las patologías del primer grupo suponen el 54,4% frente al 51,4% de los casos respectivamente, y el 20,2% frente al 16,5% en el segundo). Sin embargo, las tasas de prevalencia masculinas son mayores en el caso de los problemas respiratorios o pulmonares, la apoplejía y otros problemas cardiovasculares, así como en el de las enfermedades cardiacas y los problemas de audición.

Indicadores de salud pública

La mayor carencia de información que hemos encontrado se enmarca en el ámbito de la salud pública. En líneas generales, las desigualdades en materia de salud no constituyen un elemento central de los datos recogidos. Además, la integración de las condiciones laborales en el análisis de dichas desigualdades es muy limitada, y la integración de las condiciones generales (trabajo remunerado y no remunerado) teniendo en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres es casi inexistente.

La mayoría de datos sobre salud pública no permiten evaluar el impacto de las condiciones laborales en la salud. Incluso al abordar específicamente las desigualdades sociales en materia de salud, la relación con las condiciones laborales no suele ser objeto de un análisis profundo. Los sistemas de información puestos en marcha desde una perspectiva de salud pública sufren los efectos del bajo nivel de socialización de los servicios preventivos, fenómeno que podemos observar en todos los países de la UE. (Vogel, 2003).

A pesar de todo, algunos estudios intentan integrar variables relacionadas con las condiciones laborales. El estudio de Costa et al. (1998) sobre la salud en Turín es un ejemplo interesante que integra elementos directamente relacionados con las condiciones laborales (según el modelo de Karasek, que combina la carga de trabajo y el control sobre el trabajo, a la vez que introduce otros parámetros como el trabajo por turnos y las exposiciones a elementos nocivos). Borg y Kristensen (2000) estudia-

ron las relaciones entre el estado de salud percibido, las clases sociales (descritas en cinco grupos en base a la profesión y el nivel de estudios), las condiciones laborales y ciertos factores sobre el "estilo de vida" en Dinamarca. El estudio se basa en el seguimiento de 5.001 trabajadores a lo largo de un periodo de cinco años. Las conclusiones muestran una alta relación entre las cuatro series de factores estudiados. Las condiciones laborales y los factores del "estilo de vida" a lo largo del en el tiempo ayudan en gran medida a explicar el deterioro del estado de salud. La integración es más sencilla cuando los estudios de seguimiento de cohortes se basan en el personal de una empresa o de un sector determinado. Podemos mencionar interesantes estudios epidemiológicos, como los siguientes:

- El estudio GAZEL en Francia, que realiza un seguimiento de 20.000 trabajadores de la empresa EDF-GDF desde 1989. La cohorte es aproximadamente de un 75% de hombres y un 25% de mujeres. En base a este estudio, se han publicado 46 artículos, además de los informes anuales, sobre un amplio abanico de problemas. La cuestión de la diferencia de género es estudiada sistemáticamente[56].
- El estudio Withehall II, que se llevó a cabo en 1985, abarca algo más de 10.000 funcionarios de distintos departamentos de la administración pública británica[57].

Si analizamos la elaboración de datos más generales sobre el estado de salud de la población de un país o de una región, la situación no es muy alentadora. Sirva de ejemplo la importancia de las condiciones laborales que reconoce un reciente estudio francés sobre la salud en Francia (HCSP, 2002), que abarca en especial las desigualdades en el ámbito la salud. Pero los datos disponibles están incompletos. Destaca la imposibilidad de utilizar las estadísticas relativas a las enfermedades profesionales para comprender algo sobre el modo en que las condiciones laborales contribuyen a las desigualdades en el ámbito la salud. En este aspecto, sólo cabe sorprenderse ante la unanimidad sobre este hecho, y la total pasividad de las instituciones de salud pública. Éstas últimas no emprenden suficientes iniciativas concretas para poner remedio a esta situación.

En el marco de un programa de acción comunitaria de seguimiento de la salud, un grupo de trabajo se encargó de realizar una evaluación de los sistemas que permiten la recogida rutinaria de datos (Lagasse, 2001). El informe presenta una situación global en la que los sistemas puestos en marcha en el marco de los programas de salud pública están completamente aislados de la salud laboral. Tan sólo cinco de los doce sistemas sobre los que los responsables respondieron al cuestionario, registra-

56. En la página Web *http://www.gazel.inserm.fr/menu/default.asp* se puede consultar una presentación del estudio, el texto íntegro de los informes anuales y una bibliografía de los artículos publicados.

57. Véase en especial Stansfield, Head, Marmot (2000) y la bibliografía del informe, con 66 artículos publicados en base a la encuesta entre 1991 y 1999. Se puede consultar el texto íntegro en la página Web *http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/2000/crr00266.pdf*. Véase también : *http://www.ucl.ac.uk/epidemiology/white/white.html*

ban la "categoría profesional" del paciente. En lo relativo a las condiciones laborales, no se mencionaban en ninguna parte, ya se tratara de exposiciones materiales (sustancias químicas, ruido, equipamiento peligroso, etc.) o de factores psicosociales (nivel de control sobre el trabajo, presiones impuestas por el tiempo, etc.). El propio informe analizaba los datos recogidos de manera rutinaria por los sistemas de salud laboral y mostraba que no eran objeto de ningún seguimiento sistemático. Cada país había definido métodos propios para la vigilancia de la salud y de las exposiciones y generalmente la información no salía de la empresa o del servicio de prevención.

En los últimos años, se ha sido realizado cierto esfuerzo en la recogida de datos, por lo que hay un mayor conocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud. El análisis de las diferencias de género concierne normalmente a la mayoría de los indicadores de resultados (mortalidad, morbilidad, minusvalías, etc.) y a los que definen el acceso al sistema de salud (revisiones médicas, hospitalización, cuidado dental, consumo de medicamentos, etc.). Pero casi todas las investigaciones que hemos consultado obvian las condiciones laborales de las mujeres. Dichas investigaciones se centran en la situación familiar (solteros, parejas, número de hijos en el hogar, etc.) y en los comportamientos individuales (consumo de alcohol, de tabaco, comportamientos sexuales, dieta, práctica de ejercicio físico, etc.). En algunos países también se tiene en cuenta el origen étnico, lo cual sigue siendo un enfoque limitado. Convendría tener en cuenta el impacto combinado del trabajo remunerado y del trabajo no remunerado y, sobre todo, no limitar el análisis de las condiciones sociales de las mujeres a los indicadores sobre su vida familiar.

En base a una evaluación concisa de distintos estudios de salud realizados en España desde 1983, Rohlfs et al. (2000) presentan una síntesis de las variables pertinentes desde una perspectiva de género. Esta síntesis nos habla sobre todo de la importancia de un marco analítico y de la voluntad política. Las variables que deberían añadirse a las que normalmente forman la mayoría de las encuestas de salud son relativamente pocas, y su inclusión no parece encontrar obstáculos técnicos insuperables. Reproducimos a continuación un cuadro de dicho estudio donde se analizan las variables sociodemográficas y relativas al trabajo cubiertas por varios estudios de salud en España. En base a un análisis de las encuestas de otros países a las que hemos tenido acceso, podemos decir que la situación española no es en absoluto la que sale peor parada. De hecho, a lo largo de los últimos años, España ha sido uno de los países de la UE

en los que el estudio de la dimensión de género de las desigualdades en materia de salud ha sido realizado de manera más sistemática[58].

58. Consultar la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública: *http://www.easp.es/sespas.genero.htm*

Cuadro 9: **Variables socio-demográficas y laborales recogidas en varias encuestas de salud en España**

	Barcelona 1992	Valencia 1990-1991	País Vasco 1997	España 1997	Andalucía 1999
Estado civil	x	x	x	x	x
Nivel de estudios	x	x	x	x	x
Empleo	x	x	x	x	x
Profesión	x	x	x	x	x
Tipo de contrato	x				x
Tipo de jornada laboral	x	x			x
Horas trabajadas	x	x			x
Nº de miembros en el hogar	x	x	x	x	x
Estructura familiar	x	x	x		x
Vínculos de parentesco	x		x		x
Cuidados de niños	*		**		x
Cuidados de personas mayores de 65 años					x
Cuidados depersonas con minusvalías					x
Responsabilidad compartida en los cuidados					x
Trabajo doméstico					x
Reparto del trabajo doméstico					x
Ayuda exterior para el trabajo doméstico					x
Horas dedicadas al trabajo de reproducción					x

*Sólo se han contabilizado los cuidados a niños o adultos enfermos. Es difícil saber si la persona encuestada es quien se ha encargado de dichos cuidados.
**No se especifica el sexo de la persona que efectúa los cuidados

Fuente: cuadro simplificado tomado de Rohlfs et al., 2000, p.148
Por razones prácticas, hemos reducido el número de estudios examinados de ocho a cinco. Las celdas sombreadas corresponden a las variables de las que existen datos en las ocho encuestas analizadas por los autores.

La recogida de datos se podría mejorar mediante la redefinición de marcos teóricos que permitan evaluar la dimensión de género de las desigualdades en materia de salud (Rohlfs et al., 2000; Härenstam et al., 2001). Una parte de los estudios sobre las desigualdades sociales en el ámbito de la salud resaltan una menor pertinencia de las clasificaciones por sectores profesionales para explicar las diferencias de salud entre las mujeres.

Lo mismo ocurre en el caso de los hombres, en el que se da generalmente una correspondencia muy clara entre los gradientes basados en una clasificación por sectores profesionales y los indicadores más importantes de salud (mortalidad y morbilidad principalmente). En el caso de las mujeres la correspondencia no es tan evidente.

Así, en Francia la diferencia entre un obrero y un directivo o un hombre que ejerza una profesión liberal es de 6,5 años para una esperanza de vida a 35 años. En el caso de las mujeres, la diferencia entre los dos grupos es de tres años y medio (HCSP, 2002, p. 169). Un estudio realizado en Finlandia matiza esta impresión general (Koskinen et Martelin, 1994): si las diferencias sociales en el caso de la mortalidad son menores en las mujeres, sería únicamente a causa de las mujeres casadas. Para las demás mujeres, las diferencias sociales en el caso de la mortalidad se ven más claramente que para los hombres.

¿Quiere esto decir que las desigualdades entre las mujeres son menos importantes? ¿Quizás la salud de las mujeres se ve determinada en menor medida por el trabajo remunerado o por el impacto combinado del trabajo remunerado y del no remunerado? Habría que evitar una conclusión precipitada que buscara las causas principales de las diferencias de salud entre las mujeres en determinantes individuales (o concebidos como individuales). Se puede cuestionar también que una experiencia compartida de mecanismos de dominación patriarcal reduzca las diferencias sociales entre las mujeres hasta el punto de que sus efectos sobre la salud sean casi marginales[59].

Un reciente informe británico sobre la desigualdad social en la mortalidad (Sacker et al., 2000) aporta una contribución interesante a este debate. Señala que una clasificación por sectores profesionales basada en una distribución en grandes grupos es mucho más operativa para hombres que para mujeres. Los autores señalan que esto no significa de ningún modo que las desigualdades sociales ante la muerte entre las mujeres no estén relacionadas con las diferencias sociales. La investigación recurrió a una clasificación diferente relacionada esencialmente con la pertenencia a un grupo social a través de la descripción de otras personas con las que se tienen relaciones regulares (parejas, amigos/as). Esta clasificación parte de la premisa de que la red de relaciones sociales define con bastante precisión el estatus social tal y como se percibe. En base a esta clasificación, las diferencias sociales de salud entre las mujeres se perciben más claramente. Hay una progresión lineal bastante regular que asocia cada grupo social definido de esta manera con la

59. Esta aproximación podría explicar la ausencia casi generalizada de un análisis de las condiciones laborales y de las desigualdades sociales entre las mujeres en los artículos de la revista *Women's Health Issue*.

tasa de mortalidad. Es difícil saber si estas conclusiones pueden aplicarse de manera general. Su mérito principal es el de crear un debate sobre los métodos de investigación de las diferencias sociales de salud. Una mayor atención a la perspectiva de género podría estimular la búsqueda de indicadores más precisos para determinar los grupos sociales. Tal análisis es coherente con lo que sabemos sobre la "doble jornada" de las mujeres.

La integración de la perspectiva de género en las encuestas sobre salud pública y, en especial, en el análisis de las desigualdades sociales en materia de salud necesita un análisis metodológico más minucioso. Entre los aspectos a debatir, cabe destacar los siguientes:

- La división en grandes grupos de sectores profesionales no tiene porque ser la mejor variable predictora de la salud, tanto para hombres como para mujeres. Lo es, de manera bastante constante, en lo referente a la mortalidad masculina, aunque sucede en menor medida al analizar la mortalidad femenina. Las condiciones laborales específicas pueden desempeñar un papel importante. De este modo, varias investigaciones sobre los trastornos cardiovasculares y el estrés destacan la importancia de una descripción de las condiciones laborales que incluya el control que una persona puede ejercer sobre su trabajo, de lo que se espera de él, etc. (Griffin et al., 2002).
- La descripción del estatus social debería integrar la dimensión temporal, ya que puede variar con el tiempo. Algunos estudios que realizan un seguimiento a lo largo del tiempo y que tienen en cuenta la situación socioeconómica durante distintas etapas de la vida, parecen alcanzar un análisis más coherente de la relación entre estatus social y salud. Un estudio escocés considera fundamental este elemento para comprender las desigualdades sociales en materia de salud entre las trabajadoras (Heslop et al., 2001). En este estudio se analiza la situación socioeconómica de toda una vida en base a cinco variantes: clase social del padre, clase social de la trabajadora en el momento del estudio, clase social y profesional a lo largo de la vida (considerando la descripción del sector profesional del padre y del de la trabajadora antes y durante el estudio), el índice de Carstairs sobre privaciones y la edad en que la trabajadora dejó de estudiar. Según el estudio, esta manera de describir el estatus social ofrece una variable predictora más fiable que el de otras mediciones de la situación profesional en lo referente a la mortalidad en conjunto y la mortalidad cardiovascular.

- La inserción social se convierte en un elemento esencial para poder comprender las desigualdades sociales en materia de salud. El informe sobre la salud en Francia (HCSP, 2002) destaca la importancia de la precariedad. Hay una interacción entre la precariedad de las relaciones laborales (que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres), el desempleo y una especie de ruptura social[60] que afecta a un sector de la población cuando se combinan la pobreza, el aislamiento y los problemas de salud (salud mental en particular). Esta interacción actúa de manera mucho más compleja que la simple suma de exposiciones concretas sobre los individuos. Un estudio sueco (Novo, Hammarström, Janlert, 2001) sobre los efectos del desempleo en la salud de los jóvenes indica que el desempleo masivo no sólo afecta a la salud de los desempleados, sino que sus efectos alcanzan al conjunto de jóvenes que viven en un contexto marcado por una mayor inseguridad. En el caso de los hombres jóvenes parece estar relacionado con la incertidumbre sobre el futuro. En el de las mujeres, además, hay que añadir el deterioro de sus propias condiciones laborales. Podemos apreciar este segundo factor debido a la fuerte segregación del mercado laboral en Suecia. La redistribución de la riqueza en favor de las clases pudientes y la fuerte presión que han ejercido para conseguir una reducción de los gastos públicos ha afectado principalmente a los sectores feminizados y, en especial, a los servicios públicos. Un estudio sobre las desigualdades en la tasa de mortalidad en Barcelona (Pasarín, Borrel, Plasència, 1999) revela la existencia de una especie de "modelo doble". En relación a ciertas causas de mortalidad, observamos una progresión lineal bastante regular que permite asociar la situación de un área básica de salud[61] con un nivel de mortalidad. Otras causas de mortalidad no presentan una progresión lineal, sino saltos brutales que serían el indicador de la fuerte marginalización social de la población de la zona. Parece que a partir de cierto nivel de desigualdad social, se produce una ruptura social brutal cuyas consecuencias son catastróficas en el caso de ciertas causas de mortalidad. Se trataría del efecto combinado de la pobreza con la desestructuración de la vida comunitaria que se traduce en elevados niveles de mortalidad por tuberculosis, SIDA y sobredosis[62].
- Los indicadores de mortalidad (esperanza de vida, causas de defunción, etc.) tendrían que completarse mediante indicadores sobre las patologías de mayor prevalencia, el estado de salud percibido, las minusvalías, la esperanza de vida, etc. La diversificación de los indicadores reflejaría mejor los

60. Sobre la exclusión social, véase a Castel (1995). Bordieu ofrece una serie de testimonios que permiten una mejor comprensión de la miseria social en una sociedad opulenta. Otros investigadores utilizan el término "ruptura social", como ocurre en el proyecto internacional de investigación SIRS sobre la población de las grandes metrópolis como Abidjan, Antananarivo, Nueva York, Sao Paolo, París y Varsovia. Véase: *http://www.b3e.jussieu.fr/sirs/cadreinternational.htm*

61. Las áreas básicas de salud son pequeños unidades territoriales homogéneas desde el punto de vista geográfico, demográfico, social, epidemiológico y de comunicación. En Barcelona hay 66. La situación social ha sido descrita a partir de la tasa de desempleo. El estudio abarca el número total de fallecimientos del periodo 1989-1993 (43.199 hombres y 41.972 mujeres).

62. El exceso de mortalidad afecta tanto a hombres como a mujeres, pero es bastante más importante entre los hombres. Entre los dos extremos del espectro de las áreas básicas de salud hay una diferencia de 13,7 años en la esperanza de vida masculina y de 7,2 años para la femenina.

daños a la salud más específicos en las mujeres (Rohlfs et al., 2000; Moss, 2002). En un estudio sobre las desigualdades sociales en materia de salud en Cataluña (Artazcoz et al., 2003), se argumenta que tales desigualdades son menores en la mortalidad femenina que en la masculina. Sin embargo, al observar los datos sobre la salud mental, la situación es la contraria. No parece que las diferencias sociales desempeñen un papel muy significativo en el caso de los hombres, mientras que en el de las mujeres se observa una importante progresión lineal.

Indicadores de igualdad

Los datos sobre la igualdad están mucho más diversificados. En los campos que nos conciernen, se refieren a la segregación profesional, las diferencias salariales, la jerarquía, el empleo, el desempleo y el uso del tiempo. Son pocas las ocasiones en que estos datos permiten comprender las desigualdades en las condiciones laborales entre hombres y mujeres (en un sentido amplio que incluya tanto al trabajo remunerado como al no remunerado) y saber cuál es su impacto sobre la salud. La mayoría de los estudios sobre el uso del tiempo no tratan el tema de la salud. Existe poca información sobre las relaciones entre el desempleo femenino y los daños a la salud causados por las condiciones laborales anteriores (entre los pocos estudios, podemos citar a Frigul et al., 1993). A pesar de que en el ámbito de la salud pública aparezca la paradoja entre una mayor esperanza de vida de las mujeres y su peor estado de salud, lo cual provoca numerosos debates, el impacto de las condiciones laborales y, en particular, la cuestión del deterioro físico provocado por el trabajo sólo se aborda esporádicamente[63].

En algunos países, la dimensión de género tiene un lugar destacado entre los datos estadísticos sociales. Se han emprendido distintas iniciativas para mejorar la metodología y coordinar la enorme cantidad de datos existente, permitiendo así la creación de indicadores más precisos sobre la situación respectiva de hombres y mujeres en diferentes campos. Los países nórdicos han sido precursores en esta materia. Durante la segunda mitad de los años ochenta, iniciaron un proceso de cooperación con el objeto de producir estadísticas comparables en base a los indicadores de igualdad entre hombres y mujeres. En el plano internacional, el proceso se aceleró tras la Conferencia Internacional de Pekín de 1995. Uno de los objetivos fijados en la conferencia fue la puesta en marcha de sistemas estadísticos

63. Sobre la relación entre las condiciones de trabajo de empleos anteriores y la degradación de la salud de las personas mayores, véase especialmente a Vezina, Vinet y Brisson (1989). Los datos de la encuesta ESTEV en Francia y los análisis sobre la evolución de los problemas en el trabajo a lo largo del tiempo realizados en base a esta encuesta, crean unas perspectivas interesantes en la investigación sobre el envejecimiento en el trabajo teniendo en cuenta la diferencia entre el trabajo masculino y el femenino (véase especialmente a Volkoff et al., 1993)

que permitieran analizar los avances en materia de igualdad, y una mayor divulgación de las estadísticas que se apoyara especialmente en un portal internacional de Internet.

Tras la Conferencia de Pekín, la UNECE (Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa) organizó en 1998 un seminario sobre las estadísticas de género[64]. Más de la mitad de los informes nacionales que se presentaron en la reunión versaban sobre países de la UE (Austria, Finlandia, Francia, Italia, Holanda y Suecia) y muchos de ellos se ocupaban de temas relacionados con el trabajo remunerado. Aunque no se hablara de manera específica sobre salud laboral, sí se habló de la puesta en marcha de metodologías más precisas sobre el uso del tiempo en función del sexo. En octubre de 2000 se celebró un segundo seminario[65].

64. *http://www.unece.org/stats/documents/1998.04.gender.p.htm*

65. *http://www.unece.org/stats/documents/2000/10/gender.workshop/inf.4.e.pdf*

La mayoría de los países de la UE producen desde entonces estadísticas que deberían permitir el seguimiento de los indicadores de igualdad más importantes en los distintos campos (trabajo, uso del tiempo, representación política, salud, etc.).

Si nos paramos a examinar la página Web de las Naciones Unidas sobre estadísticas de género[66], podemos comprobar que, a día de hoy, la salud laboral no ha sido objeto de un análisis específico. Normalmente las recomendaciones para la recopilación de información separan por completo los ámbitos de la salud, el trabajo y los "hogares y familias". Los elementos que se mencionan explícitamente en el análisis de los factores de salud no abarcan ni el trabajo remunerado ni el trabajo doméstico.

66. *http://www.unece.org/stats/gender/web/welcome1.htm*

Hemos limitado nuestro análisis a algunos países de la UE.

En España, el Instituto de la Mujer presenta en su página web una base de datos: "las mujeres en cifras" [67]. La información disponible es casi inutilizable para los campos que nos interesan y, por ejemplo, ni las condiciones laborales ni las diferencias sociales están presentes en los datos sobre la salud. La mayoría de los datos están relacionados con el "estilo de vida", que se presenta como un fenómeno independiente de cualquier contexto social: consumo de tabaco, fallecimiento por consumo de drogas ilegales, abortos de adolescentes, etc. No hay ningún dato que recoja las desigualdades sociales entre mujeres y hombres. El trabajo remunerado se estudia en el apartado "empleo" con las estadísticas habituales sobre población activa, ocupada o desempleada, indicaciones sobre los salarios y algunos datos sobre la segregación profesional. Sin embargo, no se estudian

67. *http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principa.htm*

las condiciones laborales y su impacto sobre la salud. Además, no existe relación alguna entre los indicadores sobre trabajo no remunerado (incluidos en el apartado "familia") y los de trabajo remunerado. Tampoco se relaciona el trabajo no remunerado con la salud.

En Bélgica se ha realizado un importante esfuerzo para sistematizar la elaboración de estadísticas desde una perspectiva de género. El primer informe publicado (MET, 2001) contiene multitud de datos tanto sobre el trabajo remunerado como sobre el no remunerado, y la segregación profesional es estudiada de forma sistemática. Sin embargo, los datos sobre la salud están parcelados y, sobre todo, no permiten llevar a cabo un análisis sobre las diferencias sociales entre mujeres y hombres. Los principales indicadores (mortalidad, mortalidad infantil, cáncer, enfermedades cardiovasculares, suicidios y accidentes de tráfico) están tratados como variables independientes sin relación con las desigualdades sociales de cada género, ni con las condiciones laborales.

La poca visibilidad de estos datos es explicable en aquellos países en los que las estadísticas de salud laboral obvian la perspectiva de género, pero resulta sorprendente en aquellos países en los que existen tales datos. Parece como si la perspectiva de género fuera una información secundaria a la hora de elaborar los resúmenes de datos que supuestamente tienen que ofrecer los indicadores principales sobre igualdad en el ámbito de la salud. Tomaremos Finlandia como ejemplo, uno de los países de la UE donde las estadísticas de salud laboral integran de manera sistemática la dimensión de género. El libro *Women and Men in Finland - 2001* incluye más de 100 tablas estadísticas distribuidas en 10 apartados. No hay ninguna sobre el reparto del trabajo no remunerado, ni sobre la relación que éste pueda tener con la salud laboral u otras condiciones de trabajo remunerado. Las estadísticas sobre el trabajo remunerado son relativamente numerosas (31 tablas), recogiendo en especial los datos sobre la segregación sexual por sectores y ocupación, la distribución de las formas atípicas de trabajo (jornada parcial y contratos temporales), la tasa de población activa en el trabajo remunerado en función del número de hijos, así como tres indicadores de salud laboral (accidentes laborales, violencia en el trabajo, carga física en el trabajo). Sin embargo, el apartado sobre salud prioriza los estilos de vida individuales como factores determinantes. Dicho apartado recoge cuatro indicadores sobre alimentación, consumo de alcohol y tabaco y práctica de ejercicio físico. No hay datos sobre las desigualdades sociales en materia de salud entre hombres y mujeres, ni sobre las relaciones entre trabajo remunerado, no remunerado y salud.

La integración de manera más sistemática en los indicadores de igualdad de la desigualdad en materia de salud, puede ser de gran interés por distintos motivos:

- Permitiría verificar en qué medida el estado de salud deteriorado por la doble carga de trabajo remunerado y no remunerado, no supone en sí mismo en un obstáculo para la igualdad. Por ejemplo, la tasa de empleo femenino a partir de los 50-55 años es baja, y las explicaciones de este fenómeno siguen siendo demasiado básicas. ¿En qué medida se puede compatibilizar la carga de trabajo con un estado de salud delicado?
- Ampliaría la visibilidad de la presencia patriarcal a todas las esferas de la existencia (en la familia, el trabajo, el ámbito urbano, etc.).
- Permitiría abordar de forma más adecuada cuáles son las causas que propician la desigualdad social en el seno de cada sexo.

Capítulo 4
La contribución de la investigación

La recogida de datos es inseparable de la formación de un marco teórico que depende tanto de la investigación como de la manera en que la comunidad científica acepte abrirse a los nuevos retos que las movilizaciones sociales plantean. La dinámica de los llamados *women's studies* (estudios sobre la mujer) ilustra la interacción entre la contribución del feminismo militante, construido a base de múltiples luchas reivindicativas que han tomado distintas formas, y una parte de la comunidad científica que cuestiona las formas tradicionales de generación de conocimiento. Asimismo, la sociología del trabajo es inseparable del compromiso de una parte de los investigadores con el movimiento obrero, de su capacidad de escucha y de aprendizaje en la escuela de las luchas sociales.

.

Al analizar la bibliografía existente sobre salud laboral, nos encontramos enseguida con una paradoja. Son pocos los investigadores, sea cual sea la disciplina en la que se enmarquen, que nieguen las importantes diferencias existentes entre hombres y mujeres en materia de salud laboral, así como su impacto sobre la salud. En ocasiones se pondrá el acento sobre algunas diferencias biológicas reales; más a menudo se destacará, con razón, que las diferencias sociales tienen un papel mayor. Sin embargo, el reconocimiento de la existencia de la división sexual en el trabajo conduce en pocas ocasiones a la creación de metodología y de un modelo.

La investigación sobre la salud laboral abarca multitud de campos: toxicología, epidemiología, otros campos de la investigación médica, ergonomía, psicología, sociología, etc. Los estudios tratan, en su inmensa mayoría, sobre una población de trabajadores masculinos o de mayoría masculina. Los colectivos de trabajo femeninos tienden a ser marginados todavía hoy.

El aspecto cuantitativo no es, desde luego, el único problema. Aunque es cierto que a lo largo de los últimos años el número de colectivos femeninos que se tienen en cuenta en la investigación sobre salud laboral ha aumentado, este hecho no garantiza la integración del análisis de género en los estudios. La mejor prueba la ofrecen los colectivos masculinos que, siendo

superiores numéricamente en el ámbito de la investigación, sólo son sometidos a un análisis desde una perspectiva de género de manera excepcional.

Este problema nos remite a la manera en que los investigadores conciben a los colectivos de trabajo. ¿Quizás como un conjunto de cuerpos sometidos a los efectos del trabajo? ¿Acaso como cuerpos situados y construidos socialmente, que hablan, piensan, sienten y llevan una existencia que no se limita a la mera actividad productiva, incluso cuando están en el trabajo?

A continuación vamos a intentar profundizar en algunos aspectos de este análisis a través de las siguientes reflexiones preliminares de un debate que no debería terminar aquí.

Una investigación fuera de su órbita

La mayoría de las respuestas recibidas se basaban más en investigaciones que en casos prácticos. Podemos observar cierto retraso entre la elaboración teórica y las intervenciones destinadas a cambiar la realidad. Este retraso tiende a ser más importante en el ámbito de la salud laboral, debido en parte a que las medidas preventivas pueden cuestionar el poder de la patronal en la empresa o limitar sus beneficios.

La transición a la práctica, de por sí difícil, parece toparse con más dificultades en este ámbito debido a otro factor: la investigación sobre la dimensión de género en el ámbito de la salud laboral parece quedarse fuera de la órbita de aquellas instituciones que normalmente se muestran más activas. Podemos distinguir distintas tendencias:

- Intentos de integración de la dimensión de género en el programa general de investigaciones de las instituciones públicas de salud laboral. A día de hoy, parece que tan sólo los países nórdicos avanzan en esta dirección.
- Mayor atención a las mujeres en las investigaciones sobre riesgos específicos, como sucede sin duda con el HSE británico. Es una tendencia que empiezan a adoptar otras instituciones (sobre todo en lo relacionado con el estrés y los trastornos músculo-esqueléticos). Aunque la adopción de esta dinámica es una excelente noticia, existe el riesgo de creación de nuevos estereotipos. Para ciertos riesgos llamados emergentes, existiría una especificidad del trabajo femenino. El tema no se plantea para la mayoría de los riesgos llamados tradicionales.
- Mayor atención a algunos sectores femeninos altamente feminizados. El caso de las enfermeras es significativo. El carácter

altamente conflictivo de este sector, las dificultades de contratación existentes en varios países y las numerosas bajas antes de la edad de jubilación, le han otorgado una visibilidad destacada a este colectivo femenino. Otros sectores, sin embargo, siguen olvidados. En Europa, la investigación sobre las educadoras de salud laboral es bastante escasa. Es relativamente pobre en el caso de las obreras del sector textil o de las subcontratas de la industria automovilística y casi inexistente en el caso de las limpiadoras.

- En la mayoría de los casos, la investigación proviene de instituciones "marginales" frente a las instituciones de investigación sobre salud laboral (instituciones dedicadas a campos como la sociología del trabajo o la sociología de la salud) o de iniciativas colectivas de organismos y de personas implicadas en las políticas de prevención que no disponen necesariamente de un apoyo institucional importante (iniciativas sindicales, asociaciones de médicos del trabajo o ergónomos).

La hipótesis de una investigación marginada en relación a las principales instituciones de investigación sobre salud laboral se ve confirmada en gran medida por los trabajos de los tres congresos mundiales titulados "Mujer, salud y trabajo" celebrados en Barcelona en abril de 1996, en Río de Janeiro en septiembre de 1999 y en Estocolmo en junio de 2002. La contribución de las instituciones de investigación especializadas en salud laboral fue muy marginal y limitada, en la práctica, a pocos países.

La poca importancia que las principales instituciones de salud laboral otorgan a la perspectiva de género, tiene consecuencias diversas. La más visible, a primera vista, es el reparto de disciplinas específicas.

En el ámbito de la salud laboral, las investigaciones sobre la dimensión de género siguen siendo una excepción, y aquellas que incluyen a las mujeres en sus estudios siguen siendo pocas. Tras realizar una búsqueda a partir de palabras clave (*women, gender, female, male*) en la página Web de la revista *Safety Science* (cuya base de datos abarca un período de 13 años: de 1991 a 2003), encontramos dos artículos sobre la dimensión de género propiamente dicha, 3 sobre una población exclusivamente femenina[68] y 23 que trataban del género entre otras variables como la edad o la profesión. En la mayoría de los casos se trataba de una variable descriptiva bastante secundaria incluida en las tablas estadísticas, pero no eran objeto de un verdadero análisis. Hay que destacar que los únicos artículos sobre la dimensión de género o sobre poblaciones exclusiva-

68. Un solo artículo hacía referencia en el título a la población exclusivamente masculina, aunque estudiaba la seguridad vial y no los accidentes laborales.

mente femeninas se hicieron en dos países o regiones: Suecia y Québec.

Ocurre lo mismo al analizar la bibliografía sobre riesgos químicos, salvo en un campo, el de los riesgos reproductivos (lo que produce una distorsión con graves consecuencias en términos de políticas de prevención). La epidemiología biomédica de los riesgos laborales también es bastante pobre en lo referente a los colectivos femeninos. Este punto confirma en parte el estereotipo que afirma que los riesgos químicos son esencialmente masculinos. La tendencia a una inclusión muy especializada de mujeres en algunos campos exclusivos (estudios sobre el estrés, sobre riesgos biológicos en el ámbito hospitalario, sobre la violencia, etc.) no acaba con los estereotipos dominantes. La ergonomía presenta una situación distinta. Cada vez hay una mayor cantidad de estudios ergonómicos que estudian colectivos feminizados, lo cual se debe en parte a la atención prestada a los trastornos músculo-esqueléticos. Pero las mujeres siguen siendo consideradas, básicamente, como una variable de estado civil (a veces se las denomina "el sexo de los operadores") completadas a veces por consideraciones antropométricas y biomecánicas (Messing, 1999, presenta un resumen de las intervenciones ergonómicas).

No debemos olvidar, sin embargo, que estamos hablando de grandes tendencias generales y que no faltan las excepciones. Cabe preguntarse por tanto de dónde vienen estas excepciones y cuál es su contribución.

Las excepciones que hemos estudiado tienen cuatro orígenes principales:

- La sociología del trabajo: en el marco de la dinámica de investigación sobre la división del trabajo, se han ido abordando progresivamente temas sobre la salud laboral.
- La sociología de la salud y la epidemiología social: el análisis de las diferencias de género en el ámbito de la salud fueron el punto de arranque, aunque progresivamente se les ha prestado mayor atención al ámbito del trabajo. Al principio se trataba sobre todo del empleo en sí mismo; poco a poco, las condiciones laborales aparecen como un factor explicativo que permite un análisis mucho más preciso del impacto del trabajo remunerado en la salud.
- La ergonomía: cuando responde a una demanda social de los colectivos femeninos que plantean sus problemas en términos de género. Tales excepciones no deben hacer olvidar que, en conjunto, la integración de la dimensión de género es mínima en el campo de la ergonomía.

- Los estudios sindicales: a menudo se trata de estudios realizados en colectivos altamente feminizados. Algunos estudios realizados a colectivos más amplios también integran la dimensión de género, pero son excepciones. Analizaremos este dato por separado.

Semejante división disciplinar corresponde en parte a una división institucional. Es lo que hemos querido señalar al hablar de las "investigaciones fuera de su órbita". A menudo, las investigaciones más interesantes no proceden de las instituciones vinculadas a las políticas de salud laboral. A menudo, dichas investigaciones se deben o bien a las "demandas de base", o bien a una dinámica más general de los *"gender studies"* (estudios de género) o *"women's studies"* (estudios sobre la mujer) en entornos académicos.

Esta es una situación problemática por distintos motivos:
- Limita las posibilidades de abordar el tema desde una perspectiva interdisciplinar. El "núcleo duro" de la salud y de la seguridad laboral sigue siendo poco accesible para una visión exterior que le obligaría a replantear su propia visión centrada en los "riesgos profesionales".
- Limita el impacto sobre las políticas de salud laboral. A menudo sólo pretenden obtener resultados visibles a partir de indicadores simples: reducción de los accidentes mortales o de los accidentes laborales en general, lucha contra el absentismo o las dificultades relacionadas con la contratación de mano de obra en algunos sectores cuyas condiciones laborales son excepcionalmente duras, aumento progresivo de la edad media de jubilación, etc. La introducción del análisis de género proyecta una sombra de duda sobre la elección política de los objetivos y la eficacia de las medidas adoptadas.
- Limita la interacción entre los múltiples agentes de prevención que actúan en las empresas y en un sector minoritario de la investigación que intenta integrar el análisis de género. A esto hay que sumarle el bajo nivel de socialización de las políticas de prevención y las numerosas ambigüedades políticas que caracterizan su intervención (Vogel, 2003).
- Niega a las trabajadoras un lugar donde su experiencia real pueda ser abordada cuando señalan temas de salud laboral tradicionalmente ignorados. El caso del acoso sexual es revelador. Por lo general, los servicios de salud laboral, tal y como se han desarrollado en los países de la UE, han esquivado este problema. A menudo se han creado nuevas instancias, como por ejemplo "personas de confianza" y procedimientos específicos de mediación. Así, se consigue reducir un problema

relacionado con las condiciones laborales a un mero conflicto entre personas (Vogel, 2002). Cuando la plantilla de un Hospital de Barcelona se quejó de los síntomas múltiples provocados por una exposición a pesticidas, la primera reacción fue considerar que se trataba de algún tipo de histeria colectiva. Tuvieron que transcurrir tres años de presión continúa de los sindicatos para que el problema fuera tomado en consideración (Torada, 2001).

¿Qué factores contribuyen a sacar la investigación de su ámbito?

- La iniciativa de investigar en el ámbito de la salud laboral siempre ha dependido en gran medida de la demanda social, pasando, en la mayoría de los casos, por el "filtro" de las instituciones de salud en el trabajo. Cuando las instituciones dependen del sistema de indemnización existente (como ocurre en caso del INRS en Francia o del BIA en Alemania), suelen definir sus prioridades en base al coste visible para esos sistemas de los daños a la salud. Por regla general, las instituciones encargadas de la salud laboral han sido poco sensibles a la dimensión de género. La única excepción en la última década son las instituciones de los países nórdicos.
- La investigación en sí está limitada por la relativa impermeabilidad de las políticas. A pesar de las numerosas investigaciones sobre la segregación profesional, son pocas las que la relacionan con la salud laboral. Es relativamente abundante la bibliografía que intenta explicar las dificultades de inserción de las mujeres en determinadas profesiones relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías de la información, pero no suelen abordar las condiciones laborales que excluyen en mayor medida a las mujeres (en especial, el enorme desorden en la organización del tiempo de trabajo). En muchos países existen estudios detallados sobre la "atribución del tiempo" que describen la asignación del tiempo a distintas actividades desde una perspectiva de género. La mayoría de estas investigaciones no relacionan dicha "atribución del tiempo" con las condiciones laborales, de manera que no se puede analizar cómo éstas últimas pueden ser excluyentes y/o nocivas para la salud, imposibilitando prácticamente cualquier estrategia de conciliación.
- Las aplicaciones prácticas de las investigaciones de salud laboral que abordan la dimensión de género parecen relativamente escasas, en gran parte porque abordan cuestiones que sobrepasan los límites tradicionales de las políticas preventivas. Esta situación no es inalterable, como lo demuestra la experiencia de CINBIOSE en Québec. Existe una especie de inhibición ante las investigaciones en las que se presiente

que se va a obligar a los agentes de la prevención a sobrepasar sus límites habituales de actuación.

Las múltiples dimensiones del género

El análisis de las repuestas a las encuestas revela la gran diversidad existente al interpretar la propia noción de dimensión de género en la investigación sobre salud laboral.

Hay quien piensa que si se estudia una población que incluye una proporción importante de mujeres, ya se ha hecho una investigación desde una perspectiva de género. Según esta óptica, cualquier investigación sobre las enfermeras o las trabajadoras del sector textil conlleva una perspectiva de género. Otros piensan que se requiere al menos la comparación de dos grupos, hombres y mujeres, al analizar el problema en cuestión. Ambos planteamientos tienen un factor común: no se plantean porqué son precisamente las mujeres las que trabajan mayoritariamente como enfermeras o cajeras en los supermercados, y porqué son principalmente hombres los que trabajan como obreros de la construcción o como policías. La cuestión se aborda como si la división sexual fuera un dato neutro en sí mismo ? que, si acaso, habría que lamentar al conocerlo ?, al considerar su impacto sobre la salud. Desde este punto de vista, el impacto del trabajo sobre la salud se analiza principalmente en función a los riesgos determinados. Las enfermeras levantan enfermos, están expuestas a agentes químicos o a enfermedades contagiosas, pueden resbalar en edificios mal concebidos para su trabajo, etc., mientras que los trabajadores de la construcción pueden caerse de los andamios, están expuestos a otros agentes químicos, levantan sacos de cemento, etc. Pero la salud no se construye como una simple respuesta a distintas agresiones. Nace de una dinámica en la que se enfrentan factores nocivos y mecanismos de defensa. Estos mecanismos de defensa se construyen por igual tanto en base a las reacciones a los riesgos como en base a las expectativas del individuo, que a su vez están construidas por la sociedad. La patología surge cuando se produce un desequilibrio importante o brusco, cuando la persona no consigue movilizar los recursos necesarios para alcanzar ese equilibrio dinámico que es la construcción de la salud. Desde esta perspectiva, el hecho de que las cajeras sean más a menudo cajeras que albañiles tiene un significado que supera el mero hecho de una exposición diferente según los riesgos determinados por la profesión.

Aunque a nivel distinto, este tema exige que se aborden cuestiones referentes exclusivamente o de forma muy significativa a las mujeres. Por esta razón, muchas de las respuestas hablan de investigaciones sobre salud reproductiva, acoso sexual o psicológico, o sobre la conciliación entre la vida profesional y los demás aspectos de la vida. Sin duda es positivo que se tenga más en cuenta a los colectivos femeninos que en el pasado, aunque surge la duda al constatar la reconstrucción de nuevos estereotipos. La palabra "género" es polisémica, y esta polisemia supera ampliamente las acepciones recogidas en los diccionarios. Implica también una ambigüedad política. Decir "género" hoy en día puede constituir un lenguaje codificado. Significa que se va a hablar sobre las "mujeres", que se va a aceptar una parte del análisis feminista (el de la invisibilidad de las mujeres) a la vez que se rechazan sus consecuencias.

Otras investigaciones van mucho más lejos y se adhieren a las relaciones que existen entre la organización del trabajo remunerado y los determinantes sociales más generales. Analizan en especial la forma en que el trabajo remunerado se articula con (y en el caso de las mujeres, está a menudo construido por) el trabajo no remunerado. Dichas investigaciones tratan también sobre la construcción social de lo masculino (o de lo viril) y de lo femenino, tanto en el trabajo como fuera de éste. A este respecto, una investigación puede perfectamente incluir la perspectiva de género en el estudio de una población exclusivamente masculina. (Véase Molinier, 1997 y Kjellberg, *Men are also gendered*, en Kilborn et al., 1998, pp. 279-307).

El campo semántico utilizado para describir las investigaciones revela la existencia de ciertas tensiones. En la mayoría de las respuestas que hemos recibido, "la dimensión de género" equivaldría a decir "el lugar de las mujeres". Sin embargo, el término "investigación feminista" no ha sido casi utilizado. Las únicas excepciones venían de España e Italia, pero, incluso en estos países, su uso se ha convertido en algo esporádico (Carrasco, 2001; Tempia, 1993). La asimilación de la dimensión de género a la "cuestión de la mujer" tiene un mérito potencial, ya que designa el género que sufre una relación de dominación, y puede desembocar en un reconocimiento de sus reivindicaciones. Puede construirse en base a la experiencia de las mujeres como parte de una crítica de la situación existente. Aunque sólo estamos hablando de hipótesis. La asimilación del género a la "cuestión de la mujer" puede transformarse, desde otra perspectiva, en una visión conservadora en la que la parte esencial de las relaciones sociales se considere como un dato más o menos inamovible, y hubiera que reflexionar sobre la salud

laboral sin traspasar dichos límites. Esto es, por ejemplo, una ambigüedad que caracteriza una parte importante de las investigaciones sobre la conciliación entre la vida laboral y la familiar.

Al contrario, el uso sistemático de la palabra "género" también puede equivaler a dos dinámicas opuestas. El "género" puede convertirse en una dimensión que diferencie a dos grupos de seres humanos sin designar una relación específica de dominación. Por ejemplo, en los estudios sobre segregación profesional existe a veces una falsa simetría en lo referente al concepto de "género menos representado". El significado de este concepto es muy ambiguo. La experiencia real de los hombres en un empleo masculino difiere profundamente de la de las mujeres en un empleo femenino. Por lo demás, la presión para alcanzar el empleo mixto proviene esencialmente de las mujeres (Fortino, 2002).

En la mayoría de los ámbitos se puede observar un ciclo que va desde los estudios feministas, pasando por los *women's studies* (estudios de la mujer), hasta, ocasionalmente, los "estudios de género". Es un ciclo que refleja a la vez un profundo análisis de los problemas destacados por el movimiento feminista y cierta neutralización del mismo y una brecha en la unidad entre la investigación, las luchas y los proyectos de transformación social.

El problema en el ámbito de la salud laboral es que los estudios feministas no constituyen una importante base en la que apoyarse, por lo que la salud laboral ha sido a menudo un mero elemento marginal dentro de los *women's studies* (véase cuadro p.96). Esta situación parece influir en la manera de abordar los análisis de género hoy en día. No se trata de un problema puramente teórico. El ejemplo del trabajo a tiempo parcial nos permite ilustrar dicho problema. Para una parte de los investigadores, "dada la importancia del trabajo no remunerado entre las mujeres", el trabajo a tiempo parcial podría ser la respuesta al problema de la "conciliación". Otro sector de estos investigadores, más vinculado a la tradición feminista de crítica de la desigualdad, destaca la manera en que el trabajo a tiempo parcial introduce una de las mayores modalidades de segregación en el trabajo remunerado.

Salud laboral, women's studies y publicaciones feministas

En los años 70, bajo el impacto de numerosas luchas de trabajadoras, las condiciones laborales y su influencia en la salud era una tema recurrente en la prensa feminista. En la revista Cahiers du GRIF (una revista feminista francófona publicada en Bélgica a partir de 1974) se aborda este tema que continuamente concede un lugar importante a los relatos de las trabajadoras y al análisis de las luchas reivindicativas. En 1976, la revista publicó un número especial titulado Le travail c'est la santé (El trabajo es salud), al que le precedieron otros dos números monográficos: uno dedicado al trabajo doméstico, Faire le ménage c'est travailler (Hacer las tareas domésticas es trabajar) y otro a la extraordinaria toma de la palabra que suponían las huelgas de las trabajadoras que cuestionaban sus condiciones laborales, Faire la grève, faire la fête (Ir a la huelga, ir de fiesta). Más allá de las perspectivas individuales de las redactoras, este hecho está marcado, sin duda, por el fortísimo impacto que supusieron en Bélgica las huelgas de las trabajadoras de la Fábrica Nacional de Armas de Herstal en 1966 y 1974 (Coenen, 1991; Denis, Van Rokeghem, 1992). En la primera huelga reclamaban principalmente la equiparación salarial a la vez que denunciaban el trabajo repetitivo de las "mujeres máquinas" y las durísimas condiciones en las que trabajaban (ruido, suciedad, accidentes laborales). La segunda huelga denunciaba directamente las condiciones laborales y reclamaba el acceso de las mujeres a puestos de trabajo tradicionalmente masculinos.

Hemos realizado una búsqueda en base a ciertas palabras clave de la revista Women's Studies International Forum. Los artículos disponibles en el sitio Web de la revista de la editorial Elsevier abarcan el periodo 1982-2003, lo que representa un total de unos 120 números.

- 43 artículos estaban relacionados con la palabra health (salud). 3 artículos trataban principalmente sobre las relaciones entre trabajo remunerado y salud.
- 51 artículos estaban relacionados con la palabra workers (trabajadores). 2 de ellos trataban principalmente sobre las relaciones entre trabajo remunerado y salud. Ambos artículos estaban ya incluidos en la selección anterior.
- Las palabras clave sobre problemas específicos de salud no proporcionaron mucho material adicional. De los tres artículos que aparecieron con la palabra hazards (riesgos), dos trataban sobre el trabajo remunerado y el otro ya había aparecido con la palabra health. La palabra cancer aparecía en 7 artículos, de los que ninguno estaba relacionado con el trabajo remunerado. La palabra reproductive estaba presente en 39 artículos, de los que ninguno estaba relacionado con el trabajo remunerado. La palabra stress se incluía en 23 artículos de los que 6 estaban directamente relacionados con el trabajo remunerado (3 artículos nuevos, una reseña de un libro y 2 artículos que ya aparecieron con las palabras health y workers). Las entradas que introducimos relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos (repetitive, musculoskeletal, strain injuries (repetitivo, muscoloestquelético, sobreesfuerzo))) no produjeron ningún resultado, igual que las entradas chemicals y chemical hazard (químicos, riesgos químicos). La palabra harassment (acoso) estaba presente en 10 artículos de los que 5 estaban relacionados con el trabajo remunerado: 2 artículos nuevos, una reseña de un libro, y 2 artículos que ya aparecieron en búsquedas anteriores.
- Las búsquedas por profesiones o sectores de actividad no ofrecieron nuevos datos (textil, enfermeras, maquiladoras, inmigrantes, agricultura, supermercado, enseñanza).

En total, son 8 artículos y 2 reseñas de libros para un periodo que abarca casi 22 años.

El análisis de los números publicados entre 1995 y 2002 de la revista *Women's Health Issues* sólo da como resultado un artículo de carácter generalista pertinente para nuestra investigación (Mead, 2001). Las búsquedas por palabra clave, profesión o riesgo dan muy pocos resultados: ninguna profesión en la industria ni en la agricultura, cinco artículos sobre mujeres militares, un artículo sobre las enfermeras, ningún artículo sobre las trabajadoras negras o las trabajadoras inmigrantes.

El sitio Web "Mujeres y Salud" constituye una experiencia originala. Se trata de una publicación electrónica con artículos de fondo, consejos prácticos y un foro de discusión. Incluye todos los campos sobre los que se construye la salud: trabajo remunerado, trabajo doméstico, vida sexual y reproducción. El sitio Web nació en 1997, después del Congreso internacional "Mujer, trabajo y salud", organizado por el CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) de Barcelona. La experiencia del CAPS se enmarca en el carácter continuado de la experiencia del movimiento feminista en Cataluña, donde se trabaja en el ámbito de la salud desde la década de los 70. La lucha militante (centrada en aquel momento en la lucha por la legalización del aborto) nunca estuvo desvinculada de la discusión sobre la propia experiencia de las mujeres como elemento base en la crítica de los conceptos tradicionales sobre la salud (Cervera, 2003).

El análisis de los índices de la revista *Nouvelles questions féministes* (números publicados entre 1981 y 2003) aportó algunos artículos. La mayoría trata sobre la violencia física o psicológica y la maternidad.

La revista *Chronique Féministe* (editada por la Universidad de Mujeres en Bélgica) ha publicado un buen número de artículos sobre el trabajo remunerado y ha abordado de manera más sistemática las cuestiones de salud laboral (destacan los números especiales dedicados al trabajo de las enfermeras, al trabajo nocturno y a la salud laboral).

La revista francesa *Les cahiers du MAGE,* que en 1999 pasó a llamarse *Travail, genre et sociétés,* ha albergado con frecuencia en sus páginas cuestiones de salud laboral. Ha sido una fuente de información muy útil para este trabajo.

La revista *Trabajadora* tiene la particularidad de ser una publicación feminista sindical[b]. En los números que hemos consultado hemos encontrado artículos sobre salud laboral.

Para el mundo de la investigación feminista en Italia, la organización del tiempo ha sido un tema central a lo largo de los años noventa (véase, en especial, Tempia, 1993). Algunos trabajos trataron de manera sistemática las cuestiones de salud laboral (véase, en especial, Corradi, 1991). Otros países latinos también contribuyeron al debate (para el caso de Portugal, véase Perista, 1999). En España, Carrasco (2001) amplió considerablemente los términos del debate y planteó cuestiones fundamentales sobre la articulación entre las distintas actividades humanas. Su reflexión se hace eco entre el feminismo sindical.

a. http://mys.matriz.net/index.html.
b. La palabra "feminista" aparece en pocas ocasiones, lo que da cuenta de las relaciones ambiguas y a menudo conflictivas entre el mundo del sindicalismo y el del feminismo. No tenemos constancia de que exista prensa feminista sindical en la mayor parte de los otros países europeos (o simplemente prensa sindical dirigida específicamente a las mujeres). Una excepción a tomar en cuenta fue la revista *Antoinette,* publicada por la CGT francesa en los años setenta y principios de los ochenta.

El ejemplo de la epidemiología

"Si la finalidad biológica de la muerte sólo encuentra explicación en un contexto social más amplio, las realidades complejas de las enfermedades y de la salud de las mujeres deben explorarse de manera similar. Por esta razón, debemos invertir los métodos epidemiológicos tradicionales. En vez de identificar las enfermedades y buscar una causa después, tenemos que empezar identificando los principales ámbitos de actividad de la vida de las mujeres. Podremos después seguir analizando el impacto de tales actividades sobre su salud y su bienestar"

Leslie Doyal (1995, p. 21)

La epidemiología desempeña un papel importante en la investigación sobre la salud laboral, constituye una referencia indispensable tanto en las actividades preventivas como en la definición de las políticas. Por este motivo resulta interesante establecer una reflexión sobre la manera en que la epidemiología incorpora la dimensión de género.

El primer dato que se refleja es de índole cuantitativa. Hemos recibido pocas respuestas que abordaran las investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, hay excepciones notables que dan fe de una mayor apertura de una parte del mundo de la investigación epidemiológica. Entre dichas excepciones, cabe destacar las siguientes:

- Una organización de enfermeras en Dinamarca destaca una serie de estudios sobre esta profesión.
- Una respuesta muy detallada del Health and Safety Executive en el Reino Unido indica las referencias de numerosas investigaciones epidemiológicas que incluyen la dimensión de género.
- Una respuesta portuguesa se refiere a un importante estudio sobre salud reproductiva.
- Ciertos institutos de salud laboral de Finlandia y Suecia ofrecen una bibliografía detallada.

Los limitados recursos de la epidemiología ante un análisis de género, sirven de justificación para analizar dos cuestiones. ¿Hasta qué punto debería evolucionar la epidemiología para ofrecer respuestas más precisas a las cuestiones planteadas por la diferenciación por género de los daños a la salud? ¿Hasta qué punto puede contribuir la epidemiología en un análisis global de la dimensión de género sobre la salud laboral? Formulando esta misma cuestión en términos más provocadores, esta cuestión se centra en posibles limitaciones intrínsecas a los conocimientos producidos por la epidemiología y a la necesidad de completarlos a través de la aportación de otras disciplinas.

El debate sobre la epidemiología y la salud laboral existe desde hace al menos veinte años (Goldberg, 1982 et 2002; Williams, 2003). ¿En qué condiciones puede desarrollarse una epidemiología social que tenga en cuenta la construcción de la salud en el marco complejo de las relaciones sociales? Estas condiciones pueden ser tanto internas (definición de la metodología, de los marcos analíticos, coherencia en la definición de los factores confusos, etc.) como externas (condiciones relacionadas con la financiación de la investigación, la independencia de los investigadores, los valores que éstos defienden, los criterios de evaluación de los comités de investigación y de las revistas científicas, etc.). Las cuestiones directamente relacionadas a las desigualdades de género no han formado parte de este debate hasta hace relativamente poco tiempo (Messing, 1998-a; Inhorn et Whittle, 2001).

El análisis detallado de la investigación epidemiológica sobrepasaba ampliamente las competencias y los límites de esta investigación. Hemos partido de la base de la siguiente paradoja:

- La mayoría de las investigaciones epidemiológicas desarrolladas en el marco institucional de la salud laboral no integran la dimensión de género y se contentan, en el mejor de los casos, con tratarla como una simple variable demográfica objetiva (Messing, 1998-a, presenta la síntesis más completa a este respecto). El obstáculo que pudiera representar el marco institucional sólo explica una parte del problema.
- Las investigaciones desarrolladas en el marco amplio de la epidemiología social son mucho más sensibles a la dimensión de género (como se puede comprobar en la bibliografía de este libro) aunque sigan resultando insuficientes para elaborar un análisis integral sobre las relaciones sociales entre sexos y la salud laboral (Inhorn et Whittle, 2001).

Para introducir el tema, presentamos los resultados de un estudio finlandés.

Un estudio finlandés

Nurminen y Karjalainen (2001) realizaron una estimación de la mortalidad adulta en Finlandia relacionada con factores profesionales. Revisaron 340 estudios epidemiológicos publicados en la prensa científica anglófona. Dichos estudios versaban sobre países industrializados, con el objeto de poder extrapolar los datos a la población finlandesa. Se examinaron 50 patologías que causaran fallecimientos y, para cada patología, los autores analizaron diferentes factores profesionales de los que se dispone de datos epidemiológicos. Estos datos permiten calcu-

lar el índice de mortalidad atribuible al factor profesional estudiado. Los autores calcularon la distribución de los trabajadores entre los distintos sectores de producción para poder integrar una matriz del nivel de exposiciones[69] para calcular el impacto de la mortalidad sobre el total de fallecimientos de la población adulta[70]. Este trabajo tiene el mérito de contribuir a un mejor conocimiento del impacto de las condiciones laborales en las desigualdades sociales ante la muerte. Confirma la tendencia general observada en todos los países industrializados: la mortalidad en el trabajo debido a enfermedades profesionales (en especial el cáncer) es netamente superior a la de los accidentes laborales. Podemos citar estudios sobre los Estados Unidos (Leigh et al., 1997; Steenland, 2003), Canadá (Kraut, 1994), Australia (Kerr, 1993) y Suiza (Conne-Perréard, 2001).

69. Finlandia es uno de los pocos países en que los datos sobre exposiciones profesionales se estudian de manera sistemática y se centran en los registros de exposición. Para una comparación entre países, véase NOHSC (2002).

70. En la mayoría de los casos, los autores deciden calcular la mortalidad de los adultos de entre 25 y 75 años.

Los datos generales son los que siguen. Los estudios epidemiológicos disponibles permiten estimar el índice de mortalidad causado por factores profesionales en un 6,7% de fallecimientos para las enfermedades y los tramos de edad cubiertos por la encuesta en la población adulta. Si analizamos esta estimación según el sexo, la diferencia es enorme: un 10,2% en la población masculina y un 2,1% en la femenina. La diferencia respecto a la mortalidad general (todas las causas y edades en conjunto) sería de un 4%, lo que representaría un total de 1.800 fallecimientos atribuibles a las condiciones laborales en 1996 para una población activa de 2,1 millones de personas. El 86% de los casos afectaría a los hombres.

Tal diferencia plantea diversos interrogantes. El objetivo de los autores no era la evaluación de la calidad de la investigación epidemiológica en base a una perspectiva de género. Analizaron minuciosamente toda la información disponible en las publicaciones científicas. Se esforzaron en diferenciar, para casi todas las patologías, la mortalidad atribuible a los factores profesionales entre hombres y mujeres[71]. Las únicas patologías para las que tal distinción no tenía ningún sentido eran, evidentemente, las propias de un sexo (por ejemplo, el cáncer de próstata en los hombres o el cáncer del cuello uterino en el caso de las mujeres). Si analizamos los datos globales por patologías, podremos comprobar que, en la inmensa mayoría de los casos, los estudios existentes señalan una estimación bastante superior de la mortalidad masculina. Sólo hay tres patologías "mixtas" que escapen a esta tendencia: el asma, con un porcentaje de mortalidad en relación con los factores profesionales ligeramente superior en las mujeres

71. Esta búsqueda de transparencia es encomiable. Otros estudios similares son mucho menos explícitos en su manera de calcular la mortalidad respectiva de mujeres y hombres. Es uno de los puntos débiles de Steenland (2003) en Estados Unidos. En su cuadro recopilatorio, tan sólo morirían los hombres de cáncer de piel, de laringe, de riñón o de hígado, atribuibles a factores profesionales. La explicación cabe en una frase: "Se asume que las exposiciones conciernen básicamente a los hombres". Los autores del estudio ni siquiera incluyen el cáncer de mama.

(18,4% frente al 17,8%), el cáncer de hígado, que presenta una mayor diferencia (5,3% frente al 3,5%), y las enfermedades infecciosas cuya diferencia es muy importante (32,5% frente al 4,8%). En esta última categoría, la explicación es simple: hay una aplastante mayoría de mujeres en el sector sanitario y los servicios sociales, que son los que se exponen profesionalmente en mayor medida a tales enfermedades.

Si examinamos estos datos desde una perspectiva de género, habría que analizar diversos límites, de los que mencionaremos algunos.

- La diferencia entre los porcentajes de mortalidad atribuible a los factores profesionales sólo proviene, en ciertos casos, de estudios que han evaluado por separado a hombres y mujeres (o de estudios diferenciados que hayan analizado a hombres y a mujeres por separado). Ocurre así, por ejemplo, en dos estudios sobre la relación entre el trabajo por turnos y los riesgos cardiacos. En la mayoría de los casos, los estudios se realizan sobre "trabajadores neutros". En diez de estos estudios se indica explícitamente que sólo cubren los casos de hombres y que no hay ningún estudio sobre las mujeres[72]. En todos esos casos, las diferentes estimaciones para hombres y mujeres sólo pueden provenir de la diferencia entre el número de hombres y de mujeres que trabajan en profesiones o sectores en los que la se conoce la exposición. No se pueden incluir en los cálculos las posibles diferencias en cuanto a los efectos de las exposiciones según el sexo.
- Las estimaciones se deben en gran medida a lo que sabemos de las exposiciones profesionales en los distintos sectores de actividad. La desigual cobertura de la vigilancia de la salud y la errónea metodología para integrar la dimensión de género conducen probablemente a una sobreestimación de las exposiciones profesionales en numerosos empleos femeninos.
- La estimación global depende evidentemente de la selección de las posibles causas de mortalidad en la investigación epidemiológica. A modo de ejemplo diremos que hasta hace relativamente poco no se estudió la hipótesis de una correlación entre el cáncer de mama y el trabajo nocturno (Swerdlow, 2003). En base a la bibliografía examinada en el estudio finlandés, el trabajo nocturno no aparece en la estimación de la mortalidad causada por el cáncer de mama. Del mismo modo, la correlación entre el cáncer de mama y el uso de pesticidas en la agricultura (Brophy et al., 2002) no está contemplada[73].

72. Como ejemplo de los estudios que tratan exclusivamente sobre los hombres podemos citar investigaciones sobre herbicidas y funguicidas y los "linfomas malignos no hodgkinianos", sobre el plomo y los cánceres de pulmón y de bronquios, etc.

73. De nuevo, la poca valoración de los factores profesionales sobre el cáncer de mama refleja el estado real de la epidemiología. Hay una limitación doble: el interés limitado en la mayoría de los cánceres por parte de la investigación de los factores profesionales, y el casi nulo interés cuando se trata del cáncer de mama. Nurminen y Karjalainen (2001) citan dos estudios: uno sobre las radiaciones ionizantes y otro sobre las peluqueras. Estiman una incidencia del 1,7% en lo referente a la mortalidad por cáncer de mama atribuible a factores profesionales.

No era posible proceder a una investigación más detallada de las diferencias entre hombres y mujeres basándose en los estudios existentes. En nuestra opinión, uno de los méritos del estudio de Nurminen y Karjalainen (2001) es el enfoque crítico sobre la manera en que la epidemiología aborda los determinantes sociales de la salud. Todas las investigaciones que han servido de base para el estudio han identificado factores de riesgos y patologías específicas. Este método no permite estudiar la mortalidad relacionada con distintas combinaciones de patologías o de factores, ni la proporción global del desgaste físico y mental causado por el trabajo en la mortalidad de hombres y mujeres. Tampoco es posible calcular el impacto de los efectos de valor mediano en los fallecimientos causados por enfermedades no específicas. Hay numerosos factores profesionales que producen daños en la salud y que, en sí mismos, no son mortales. A veces no se trata necesariamente de una patología en el sentido estricto del término (por ejemplo, una disminución de las defensas inmunitarias, el consumo de tranquilizantes o el hecho de fumar). Por tanto, el modelo de causalidad que permite pasar de un factor profesional (o de una combinación de factores) a una causa de fallecimiento, tan sólo refleja parcialmente la dinámica global de la construcción de la salud. Por ejemplo, un estudio sobre el trabajo en turnos entre trabajadoras de la industria alimentaria, (citado por Weddeburn, 2000, p. 30) indica que más de un tercio de las trabajadoras cubiertas por el estudio consumían tranquilizantes. Este alto nivel de consumo estaba relacionado con estados de ansiedad crónica y de depresión. Otro estudio sobre el personal de enfermería en los hospitales (citado por Weddeburn, 2000, p. 30) incluye el mismo dato sobre el consumo diferenciado de tranquilizantes entre hombres y mujeres: un 10,2% de las enfermeras frente a un 6,1% de los enfermeros[74]. El consumo de tranquilizantes es rara vez una causa directa de mortalidad. Sin duda, la mortalidad provocada directamente por estados de ansiedad y de depresión es muy reducida. Sin embargo, se debería contemplar la hipótesis de que un alto consumo de tranquilizantes puede contribuir a un deterioro general del estado de salud de una persona y, por tanto, podría explicar una parte de las desigualdades sociales en materia de salud provocadas por las malas condiciones laborales. Generalmente este hecho se agrava al referirnos al hábito de fumar: numerosos estudios ajustan los datos para tener en cuenta los "datos objetivos" de la población estudiada. El hecho de ajustar datos en base a variables consideradas ajenas a la problemática estudiada depende, evidentemente, de la concepción que se tenga de la salud laboral[75]. A menudo, los "estilos de vida", como el hecho de fumar, también están rela-

74. El consumo abusivo de tranquilizantes entre las trabajadoras se puede observar en otros estudios. En España, un estudio del sector de las comunicaciones y el transporte cifra en un 27% el número de mujeres que consumen tranquilizantes, analgésicos o estimulantes, frente a un 15% de hombres (Martínez, 2001). Concurren distintos factores en la explicación de este fenómeno: menor reconocimiento social del trabajo realizado, mayor estrés relacionado con las condiciones del trabajo asalariado y con las dificultades de conciliación entre éste y el trabajo doméstico, etc.

75. Véase Messing, 1998, pp. 110-112, para mayor información sobre la variable sexo y la ambigüedad de los ajustes realizados en función de ésta.

cionados con las condiciones laborales. Así pues, entre las personas que trabajan por la noche, las que están expuestas a situaciones de estrés fuman más que la media. En este caso, fumar puede formar parte de las estrategias de defensa de la salud, lo cual es probablemente una estrategia arriesgada. Pero resulta interesante mostrar que la objetividad científica que pretende comparar un grupo determinado con la población media ideal, está construida en base a valores morales y prejuicios sociales. Si se tratara de evaluar las relaciones entre los trastornos musculoesqueléticos y la manipulación, es probable que no se considerara el hecho de recurrir a medicamentos antiinflamatorios como un "estilo de vida". Reajustar los porcentajes de una población media abstracta equivale a menudo a ignorar una parte importante de los modos mediante los cuales las condiciones laborales pueden determinar la salud.

Conocimientos especializados para políticas de salud pública: elementos para el debate

El ejemplo finlandés que acabamos de comentar da cuenta de las limitaciones existentes hoy en día en la producción epidemiológica al abordar la dimensión de género.

Dichas limitaciones podrían superarse en parte a través de ciertas transformaciones que no afectarían al marco general de la investigación. Podemos citar en especial los siguientes elementos:

- Un mayor conocimiento de las exposiciones respectivas de hombres y mujeres a los factores de riesgo profesional.
- Un estudio separado de los grupos de hombres y mujeres
- Una mayor cobertura de distintos colectivos de trabajo con el objeto de incluir sectores altamente feminizados
- Una ampliación de las patologías analizadas y de los factores de causalidad planteados.

Estas transformaciones están relacionadas con la metodología aplicada[76], sin embargo, es probable que las condiciones para aplicar sistemáticamente dichas transformaciones vayan más allá de la metodología. Un proceso de transformación depende de elementos como la independencia de los investigadores y las investigadoras, sus relaciones con los colectivos de trabajadores y trabajadoras, su capacidad para superar los condicionamientos sociales, etc.

76. Véase Blair et al., 1999, en lo referente a las consideraciones metodológicas sobre los cánceres profesionales entre las mujeres.

De esta manera se lograría crear una epidemiología de los riesgos profesionales sensible a la dimensión de género, lo que representaría una ventaja clara. Las políticas preventivas podrí-

an disponer de una base científica más precisa.

A pesar de todo lo expuesto, tales transformaciones pueden no ser suficientes para la consecución de un análisis de género de la salud laboral. Nos enfrentamos a un debate muy antiguo que resurge, bajo distintas formas, continuamente a lo largo de la historia de la epidemiología (véase, en especial, Frohlich, 2001 sobre John Snow y la epidemia de cólera en Londres en 1854; Popay y Williams, 1996; Inhorn y Whittle, 2001 más específicamente en una perspectiva de crítica feminista; Goldberg, 1982 y 2002). La aparición de la epidemiología es inseparable de una movilización para la consecución de reformas sociales. Este impulso inicial no ha desaparecido totalmente de las motivaciones de una parte de los investigadores de dicha disciplina. Más allá de las convicciones personales, ha constituido la base de una parte de las prácticas profesionales, ha seguido siendo un elemento dinamizador del cuestionamiento de otras causas consideradas poco coherentes con los objetivos de defensa de la salud. Habría que destacar la aportación de Alice Hamilton en Estados Unidos (Hepler, 2000) y de Alice Stewart en Gran Bretaña (Greene y Caldicott, 1999). La voluntad de transformación social y la atenta escucha de la experiencia de las trabajadoras fueron el origen de la capacidad para cuestionar las certezas de sus "colegas". Sin embargo, hemos podido observar una evolución progresiva hacia tres disciplinas diferentes:

- La epidemiología biomédica de los riesgos. Es la disciplina que domina en el campo de la salud laboral. Es tan importante que generalmente, cuando ningún objetivo se asocia a la palabra epidemiología, se están refiriendo a este campo. Para muchos se trata de la epidemiología, sin más. Permite analizar las relaciones de causalidad entre ciertas patologías y los factores de exposición. Concede una gran atención a las técnicas de análisis cuantitativo. Sin embargo, la suposición basada en una distribución de los hechos (entre riesgos, factores de confusión, datos demográficos y consecuencias para la salud) es debatida de manera menos sistemática.

- La epidemiología social. Considera que la acumulación de exposiciones ante distintos riesgos, como único factor, no puede dar cuenta de las desigualdades sociales en materia de salud. No se centra tanto en los riesgos específicos como en baterías de indicadores que permitan estudiar el estado general de salud de una población determinada en relación con las desigualdades sociales. En este ámbito, la percepción del estado de salud y de las condiciones de vida de los individuos puede ser una fuente de conocimientos tan válida y per-

tinente como las mediciones de los expertos.

- La sociología de la salud. Pretende elaborar explicaciones sistemáticas sobre la conexión existente entre las relaciones sociales y la salud. Durante mucho tiempo, prácticamente se ha centrado la atención en las relaciones sociales de clase. Posteriormente, una parte de la investigación se centró también en las relaciones sociales de género y la etnicidad. Ésta última ha sido estudiada sobre todo en países como Estados Unidos y Brasil, ya que son sociedades en las que la esclavitud tuvo un papel fundamental. Las estructuras sociales heredadas de la época de la esclavitud continúan marcando la sociedad de manera significativa[77]. En Europa occidental, la presencia de una población inmigrante, proveniente a menudo de las antiguas colonias, es la que ha originado el estudio de las relaciones étnicas.

77. Lo que ayuda a explicar la extraña división en tres partes que se realiza normalmente en las investigaciones en los EE.UU. entre "blancos", "negros o afroamericanos" e "hispanos".

La separación entre estas tres disciplinas no es rígida. Una parte de los trabajos realizados en el marco de la epidemiología social abarca también la epidemiología de los riesgos y supone una contribución considerable a la sociología de la salud. Sin embargo, el análisis crítico ante los intentos de generalización a través de los cuales la epidemiología biomédica de los riesgos permitiría analizar las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, evidencia la profunda diferencia que existe entre estas disciplinas.

Intentos como el de Nurminen y Karjalainen (2001), Conne-Perréard (2001) o Steenland (2003) tienen una utilidad política real, son un apoyo a los esfuerzos para vincular la salud laboral con la salud pública. Muestran que la mortalidad real atribuible a las condiciones laborales es muy superior a la sugerida por el simple análisis de las estadísticas de los accidentes mortales. Su uso también está relacionado con los medios de legitimación de la política de hoy en día. Los valores, los proyectos de sociedad, la crítica de la existencia, son considerados peyorativamente como ideología. Las estadísticas, el análisis económico o las evaluaciones de riesgos son los garantes de un sano "gobierno", utilizando la palabra de moda hoy en día para designar de manera eufemística los mecanismos del ejercicio del poder. Reflejan sobre todo una profunda carencia: hay que poner en marcha una ciencia interdisciplinar de las desigualdades sociales de la salud (véase Graham, 2002). Esta carencia nos remite a la discontinuidad y, a menudo, a las incoherencias de las políticas de salud pública (Whitehead, 1998, señala esta discontinuidad en tres países: Reino Unido, Suecia y Holanda).

78. Presentación de una conferencia en la Universidad París V, el 22 de febrero de 2002.

R. Chauvin[78] nos presenta la situación en estos términos: "Hoy en día, las desigualdades en materia de salud son conocidas y

están detalladas, tanto en Francia como en la mayoría de los países industrializados. Sin embargo, a pesar de los datos existentes sobre la mortalidad, la morbilidad, las costumbres y conductas sanitarias o el cuidado de personas, los datos disponibles (categoría profesional, ingresos, nivel de formación, percepción de algún tipo de ayuda estatal: ayuda familiar, prestación por desempleo, etc.) sólo describen de manera aproximada la posición socioeconómica de la población y, en menor medida, sus condiciones de vida. Estos datos sólo cumplen una función descriptiva, ofrecen poca información sobre las causas que llevan a las personas a una situación sanitaria negativa y, a nivel colectivo, a los nuevos factores determinantes y los riesgos sociales, es decir, las nuevas formas de precariedad social y sanitaria". Shim (2002) utiliza la expresión "caja negra" para describir la manera en que raza, nivel socioeconómico y sexo se incluyen de manera rutinaria en los estudios epidemiológicos sobre enfermedades crónicas. Considera que el reconocimiento general de la relación entre la enfermedad y los factores socioeconómicos, raciales o de sexo no aporta nada a la comprensión de los mecanismos reales. ¿Cómo contribuyen por tanto estos mecanismos a la desigualdad?

Hay dos elementos particularmente importantes para llegar a una mejor comprensión de las desigualdades sociales en materia de salud que integran las relaciones sociales de sexo y las condiciones laborales.

Miradas cruzadas

La unidad del sujeto, la salud del ser humano en sus relaciones con el trabajo, es objeto de una división entre las distintas disciplinas, que la estudian a través de un análisis específico, y también entre los distintos temas estudiados (jornada laboral, salud mental y trabajo, patologías causadas por el trabajo, articulación entre trabajo remunerado y no remunerado, etc.). El hecho de abordar la dimensión de género implica a la vez la unión de distintas disciplinas y un aumento de los temas estudiados. Eleonora Menicucci (1997) comenta, desde esta perspectiva, la necesidad de adoptar una "mirada transversal" que supere el análisis de los riesgos laborales y se dedique en especial a la interacción entre el tiempo en el hogar y el tiempo social.

La interdisciplinariedad es especialmente importante para conseguir relacionar datos que no son homogéneos. Las nociones que aborda la salud laboral, que forman parte de distintas dis-

ciplinas, no son válidas para su uso inmediato en un análisis global que las extraiga de su contexto particular. Es necesario realizar un trabajo previo de análisis para poder dotar de sentido a estas nociones. El tipo de empleo, la categoría profesional o el sector de actividad son clasificaciones relativamente abstractas, útiles para fines estadísticos que no bastan para describir una homogeneidad en las condiciones de trabajo o de vida. Ocurre lo mismo con las nociones de control, autonomía, autoridad o segregación profesional. Un economista puede considerar, de manera legítima, que la limpieza de oficinas e instalaciones industriales es una actividad mixta si constata que la mano de obra está compuesta aproximadamente por una mitad de hombres y otra mitad de mujeres. También podrá comparar los salarios y establecer índices sobre el nivel de igualdad. Un jurista se centrará en los contratos de trabajo. El sociólogo añadirá sin duda que el origen étnico o el hecho de ser inmigrante es un elemento importante para comprender realmente el carácter mixto del empleo. El ergónomo comentará que las actividades de hombres y mujeres no son en absoluto idénticas. Incluso si los títulos profesionales son idénticos, el contenido del trabajo puede ser realmente diferente. Un psicólogo destacará que el significado del trabajo de limpieza puede variar en función de múltiples factores, en especial en función de que se inscriban o no en la consecución de los roles familiares tradicionales. Un médico probablemente observará diferencias en el ámbito de la salud. Este breve ejemplo demuestra que un análisis coherente necesita un análisis de la misma realidad desde distintas perspectivas. La condición esencial para esta cooperación se encuentra probablemente en el reconocimiento de la unidad de los sujetos. Esto implica que las trabajadoras y los trabajadores dejen de ser meros objetos de estudio y que su percepción y sus perspectivas se vean reconocidas como fuente de conocimientos al mismo nivel que el saber de los expertos.

¿Quién plantea las preguntas? ¿Quién aporta respuestas?

Es importante saber quién plantea las preguntas a la hora de examinar el material existente en la investigación en materia de salud laboral. Karen Messing (1998-a) destaca hasta qué punto la ciencia puede no tener más que una mirada (el título de su libro en inglés es *One-Eyed Science*). Muestra la ausencia de interés de los investigadores sobre la influencia de las condiciones laborales en la menstruación. Bien al contrario, varios estudios entre delegadas sindicales de sectores altamente feminizados hacen ver que esta cuestión es puesta de relieve frecuentemente por las trabajadoras (entrevistas con militantes del

sector de la cerámica de Comisiones Obreras en España, encuesta entre las delegadas de seguridad laboral en Gran Bretaña, etc.). La consideración de la subjetividad, esto es, las experiencias individuales y colectivas de las trabajadoras y los trabajadores en la definición de los temas abordados, sigue siendo un elemento marginal en la organización de la investigación en materia de salud laboral. Nos encontramos por tanto con un problema real de definición de la demanda social, relacionado en parte con el funcionamiento de los "grandes demandantes institucionales". La patronal intenta constantemente condicionar su actividad mediante mecanismos paritarios o triparitarios que le confieran una especie de derecho de veto. Se crea por tanto una confusión entre quienes evalúan los riesgos y quienes los gestionan y, normalmente, los crean[79]. La reflexión sobre la relación entre la pertinencia de las cuestiones planteadas y la experiencia directa de los colectivos laborales es abordada de manera muy convincente por el estupendo libro de Laura Corradi (1991) sobre el trabajo nocturno en las fábricas del grupo Barilla en Italia.

79. A este respecto, nos remitimos especialmente a INRS (2003).

Capítulo 5
El saber profano al abordaje de la ciencia: los estudios sindicales

Una de las mayores fuentes de información para nuestro estudio proviene de los estudios sindicales sobre las condiciones laborales. Entendemos por estudio sindical aquellos estudios realizados directamente por las organizaciones sindicales, y también lo que podríamos llamar los estudios "parasindicales" realizados por iniciativa de organizaciones sindicales o en colaboración con éstas por parte de centros de investigación del movimiento sindical o de organismos afines a éste[80]. En algunos casos, los organismos institucionales (universidades, institutos de salud laboral, etc.) trabajan en el marco de un programa de cooperación con el movimiento sindical. Se trata sin embargo de una práctica muy poco frecuente.

80. Como ejemplo, podemos citar el proyecto europeo TOSCA sobre las condiciones laborales en los *call-centres* (Altieri, 2002).

La acción sindical no es una disciplina científica, elabora conocimientos aplicables a la acción sindical. La validez de estas teorías no reposa en los criterios científicos de legitimación. Se basan en la capacidad de situarse en la base de una consciencia colectiva, de desembocar en movilizaciones y de transformar las condiciones de trabajo. La propia existencia de estas teorías supone, de por sí, un conflicto, ya que constituye, por el mero hecho de existir, un cuestionamiento de la división tradicional del trabajo. Deconstruye el mito de un trabajo manual opuesto al trabajo intelectual para justificar las desigualdades. Demuestra que de la experiencia directa de las condiciones laborales puede nacer una crítica radical de éstas.

En la bibliografía científica podemos encontrar una terminología muy variada que da cuenta, en ciertas ocasiones, de un amplio abanico de impresiones en relación a este tipo de conocimientos: desde la desconfianza propia de su dimensión subjetiva y militante hasta una simpatía real, desde los intentos de ser utilizadas como datos en bruto hasta la aceptación de una confrontación en igualdad con el conocimiento de los expertos. Keith et al. (2002) presentan una interesante compilación de ejemplos de "investigación descalza". La expresión se refiere a los auxiliares sanitarios surgidos en el campesinado chino durante los años sesenta, llamados los "médicos descalzos" (perdieron esta denominación durante el clima general de restauración de privilegios de los años ochenta). Michel Callon

(INRS, 2003, pp. 77 y ss.) elogia los méritos de los "investigadores al aire libre" y analiza las relaciones de estos con los "investigadores confinados". La referencia es más artística que militante: se inspira en Constable y en los impresionistas franceses que sacaron sus caballetes de pinturas de sus estudios. Aunque lo más frecuente es que las connotaciones nos hagan pensar en lo sagrado: los conocimientos profanos opuestos a la Ciencia de los expertos (Popay, Williams, 1996).

Esta oposición se basa en cierto modo en las relaciones de poder: una parte importante de la práctica y de la investigación en el ámbito de la prevención está subordinada a los intereses patronales (Lax, 1998). También tiene que ver con la heterogeneidad real del saber colectivo militante en relación a las disciplinas científicas. Es lo que se puede observar en un estudio sobre la percepción colectiva del riesgo entre los trabajadores y las trabajadoras del sector de la cerámica en España: "A diferencia de las habituales distinciones terminológicas propias de la jerga técnica prevencionista, la percepción colectiva y espontánea de los trabajadores respecto a los problemas de riesgo en el trabajo suele expresarse como un todo interrelacionado donde, por ejemplo, los peligros en materia de seguridad o de higiene se enlazan con unas determinadas formas de organización y se perciben materializados en daños a la salud (...). En los grupos de discusión, en los que se genera una percepción colectiva de los riesgos menos mediatizada, los trabajadores expresan problemas y prioridades distintos a los identificados por los técnicos. Destaca especialmente la importancia que los trabajadores conceden a los problemas de salud en relación con la organización del trabajo frente a la preocupación técnica casi exclusiva ante los problemas de seguridad y los accidentes de trabajo" (Boix et al., 2002, pp. 36-37). Antonio Grieco, director durante mucho tiempo de la Clínica del Trabajo de Milán, hablaba de dos culturas distintas para caracterizar las visiones de los técnicos de prevención y de los trabajadores: "Nosotros pensamos en una relación dialéctica entre estas dos culturas, que son culturas originales, autónomas(...), que tienen experiencias, instrumentos, categorías de pensamiento, técnicas de evaluación completamente diferentes, que coexisten en la realidad y han de coexistir aún hasta el enfrentamiento y que han de trabajar unidas. En la confrontación de contribuciones concretas, cada una de ellas con su experiencia y con sus respectivos instrumentos, estará la riqueza de las soluciones" (citado por Carlos Aníbal Rodríguez en Boix et al., 2002, p. 6).

Hay una gran tradición en la realización de estudios sociales directamente por parte del movimiento obrero. Baste recordar

la importancia del libro de Engels sobre la situación de la clase trabajadora en Inglaterra (Engels, 1960 – el libro original fue redactado en 1843-1844) que inspiró una amplia producción en numerosos países. El movimiento feminista también se ha basado frecuentemente en estudios que oponían la percepción colectiva de las mujeres frente a las representaciones habituales de la realidad social (Doyal, 1995; Green, Caldicott, 1999). En el ámbito específico de la salud, podemos citar la experiencia británica de la lista de cánceres de mama que permitió reunir la experiencia de varios cientos de mujeres a las que se les pidió que identificaran los factores que pudieran contribuir a la formación del cáncer"[81].

81. Véase *http://www.wen.org.uk/health/Mapping/index.htm*

Hay diferencias significativas entre estas dos escuelas[82]. La subjetividad individual ha sido ignorada a menudo en los estudios sociales realizados por las organizaciones obreras. Siempre ha predominado la percepción colectiva de los grupos considerados homogéneos. El "yo" solía eliminarse frente al "nosotros". Fuertes reticencias dificultaban el cambio de lo considerado como "público" a lo "privado". Era más fácil hablar de los accidentes laborales que de las enfermedades mentales, de la miseria económica que de la miseria sexual, de la violencia policial que de la violencia conyugal, de las adhesiones políticas o sindicales que del machismo o el racismo. En la tradición feminista, sin embargo, las barreras habituales entre lo "público" y lo "privado" suelen invertirse, los relatos sobre la propia vida pueden expresar de manera significativa una experiencia colectiva sin eliminar la subjetividad individual[83].

82. Lax (2002) presenta un resumen interesante sobre la aportación respectiva de la crítica marxista y de la crítica feminista en materia de salud laboral.

83. Podemos encontrar elementos similares entre la crítica feminista y la separación de la esfera de lo "público" y de lo "privado" y la encuesta obrera en los escritos autobiográficos de militantes como Flora Tristan, Louise Michel, Mother Jones ou Emma Goldman. La mayoría de estos textos son menos reservados que las autobiografías de los militantes cuando hablan de su "vida privada". Aunque no es, ni mucho menos, una regla general.

En el ámbito de la salud laboral, la experiencia italiana de los años sesenta y setenta renovó la tradición de los estudios sociales (Grieco, Bertazzi, 1997). En los países escandinavos, la importancia de la gestión directa de los colectivos de trabajo también desembocó en la realización de numerosos estudios sobre el entorno de trabajo. En las estrategias sindicales, la evaluación de los riesgos es también un asunto político. Se trata dar importancia a la pertinencia y la validez de los puntos de vista de los trabajadores como base para la mejoría de las condiciones laborales. (Boix, Vogel, 1999).

En cierto modo, la lucha para la protección del medio ambiente puede crear un marco más favorable tanto para un mayor reconocimiento de las luchas sociales militantes como para una convergencia entre el feminismo y las reivindicaciones del movimiento obrero[84] (véase *New Solutions*, 1999, sobre el papel de Barry Commoner en Estados Unidos). No obstante nada garantiza semejante convergencia.

84. Riechmann et Fernández Buey (1998) proponen una reflexión global sobre las relaciones en la lucha por el medio ambiente y el movimiento sindical.

En el marco de nuestra investigación, los estudios sindicales que incluyen la dimensión de género en el ámbito de la salud laboral presentan las siguientes características[85] :

- Parten de la percepción de las trabajadoras y los trabajadores en el análisis de las condiciones laborales y su impacto sobre la salud (para el papel fundamental que desempeña la percepción, véase Boix et al., 2001). La elaboración del estudio se apoya con frecuencia en el trabajo militante y en la aportación de especialistas como sociólogos, estadísticos, médicos del trabajo o ergónomos.
- Generalmente emplean una metodología interdisciplinar que no permite clasificarlos en categorías específicas como son los estudios epidemiológicos, los estudios sociológicos cuantitativos, etc. La propia noción de representatividad es bastante distinta de la habitual en el ámbito de la salud laboral. El estudio que desemboca en acciones reivindicativas, supone a menudo el momento en que los organismos de representación institucional (como los comités de seguridad e higiene) adquieren una legitimidad real entre los colectivos de trabajo. Se pasa del mero mandato a la concentración de la experiencia del colectivo y a su traducción en acciones.
- Pretenden sacar a la luz elementos a menudo invisibles en las prácticas habituales de prevención. Surge otra visión de la realidad. A través de la creación de un espacio en el que puedan surgir debates sobre el rechazo social, contribuyen a la estrategia de defensa de la salud. A menudo aparece la "cara oculta" de las condiciones laborales y, de esta manera, el sufrimiento sale de su aislamiento individual. FCT (2000) constituye un ejemplo significativo. Se trata de un estudio español sobre los riesgos psicosociales en el sector audiovisual, realizado por una organización sindical que consideraba que la evaluación de los riesgos presentada por la dirección de la RTVA eludía la mayoría de los riesgos considerados como prioritarios por los trabajadores. Asimismo, varios estudios sindicales muestran los problemas de salud de las trabajadoras, ignoradas durante mucho tiempo por la mayoría de las prácticas preventivas: un estudio suizo del sector de las artes gráficas (Comedia, 2002) muestra que un 36% de las trabajadoras no cualificadas padecen varices (frente a un 9% en el caso de sus compañeros).
- Suelen estar relacionadas con estrategias reivindicativas. El desarrollo del estudio no se puede desvincular de la creación de una relación de fuerzas a través de la concienciación colectiva y de la definición de las reivindicaciones. La fase de reestablecimiento del estudio es crucial. Las ideas se convierten en una fuerza material.

85. Se trata de unas características generales que no tienen porqué encontrarse forzosamente en cada estudio.

El origen de los estudios por países muestra una gran diversidad en las prácticas sindicales. En muchos de ellos la integración de la dimensión de género sigue siendo un problema y ciertos estudios, interesantes por lo demás, obvian completamente ests importante aspecto[86]. En otras ocasiones, la dimensión de género es abordada principalmente en relación con algunos temas específicos[87].

Entre los estudios a los que hemos tenido acceso a lo largo de esta investigación, algunos de ellos han contribuido a revelar distintos elementos ignorados durante mucho tiempo por la mayoría de las políticas preventivas.

La Asociación Trabajo y Medioambiente de la Toscana (ALT) en colaboración con la coordinadora de mujeres de la confederación sindical CGIL, ha realizado un estudio en dos fases sobre la salud laboral de las mujeres. Para esta tarea contaron con el apoyo de las autoridades regionales de salud pública. En los años 2000-2001 se realizó una primera encuesta entre 230 trabajadoras de 12 sectores diferentes (Massai, 2002). La segunda encuesta se realizó en los años 2002-2003 (Arena, Valzania, 2003). Se distribuyeron alrededor de 2.000 encuestas: el 15% por correo y el 85% durante las reuniones en grupo de las trabajadoras. Se contestaron 1.102 encuestas (de las cuales 72 fueron enviadas por correo). El estudio surge motivado por una evaluación crítica de las políticas preventivas. Exceptuando los temas relacionados con la maternidad, la ALT y las organizaciones sindicales parten de la constatación de que las evaluaciones de riesgos no integraban la dimensión de género.

Los resultados del estudio son interesantes por varios motivos:
- Muestran la importancia de que haya una perspectiva amplia de la salud reproductiva que no se limite a la protección de la maternidad. El número de trabajadoras que mencionan una disminución de la libido es prácticamente idéntico a las que declaran haber sido víctimas de acosos sexuales (69 y 68 respectivamente). Las alteraciones del ciclo menstrual aparecen en un nivel comparable (72 casos).
- Al preguntar a las trabajadoras sobre los riesgos del trabajo para la salud, la prevalencia de los riesgos químicos es bastante más importante de lo que se estima generalmente. 192 trabajadoras declaran estar expuestas a riesgos químicos (17%) y 180 a agentes cancerígenos (16%). A pesar de que estos porcentajes sean netamente inferiores a los de otros riesgos (51% de casos de estrés, 32% de riesgos relacionados con un trabajo ante una pantalla, 31% a causa del aire acondicionado, 29% de carga de trabajo mental, etc.), no por ello

86. Fue uno de las principales carencias del estudio sindical sobre el estrés realizado por la *Centrale Générale* de Bélgica (véase Kestelyn, Cahiers Marxistes, 2000) y del estudio sobre el trabajo flexible realizado por la CGIL en Roma (Campo, 2003)

87. El amplío estudio realizado por la CFDT "el trabajo en preguntas" movilizó numerosos equipos sindicales y permitió interrogar a unos 80.000 trabajadores entre 1995 y 2001. El resumen de los resultados del estudio (CFDT, 2001) presenta un análisis de género sistemático de las cuestiones relativas a la jornada laboral. Sin embargo, los demás temas estudiados (intensidad del trabajo, sistemas de gestión, reconocimiento y sentido del trabajo) no incorporan la perspectiva de género.

son menos significativos si tenemos en cuenta el reparto por sectores de las trabajadoras cubiertas por la encuesta: un 18% trabaja en la industria, un 3% en la agricultura y un 17% en los servicios sociales y en otras personas que representan los sectores en los que estos riesgos son más probables. Un 39% trabaja en sectores en los que tal exposición aparece como menos probable (comercio, banca, transporte y comunicaciones, otros servicios).

- El impacto negativo de las condiciones laborales en la salud aparece de forma masiva. Un 40% de las trabajadoras menciona al menos un problema de salud física o mental atribuible al trabajo. Los trastornos musculoesqueléticos ocupan el primer lugar de la lista.
- Los riesgos del trabajo doméstico no remunerado son elevados. Un 48% de las trabajadoras encuestadas responden que la seguridad doméstica constituye un problema, frente a un 29% de respuestas negativas, un 9% de "no sabe" y un 13% de "no contesta". La fatiga provocada por el trabajo remunerado constituye una causa de accidentes domésticos para un 40% de las trabajadoras encuestadas frente a un 20% de respuestas negativas, un 17% de "no sabe" y un 23% de "no contesta". Estos datos se deben comparar con el gran volumen de trabajo doméstico: un 35% de las trabajadoras encuestadas dedican más de 4 horas al día al trabajo doméstico, un 32% dedica entre 2 y 4 horas por día y un 25% dedica menos de 2 horas al día (8% de "no contesta").
- El alejamiento entre las trabajadoras y los dispositivos de prevención existente en las empresas es impresionante. Un elevado número de empresas no respeta sus obligaciones legales (según el tipo de obligación, del 8% al 27% de las trabajadoras encuestadas indica que las obligaciones legales no han sido respetadas). Pero, sobre todo, el número de empresas en las que las trabajadoras ignoran lo que sucede en materia de prevención es mucho mayor (del 29% al 39% de las trabajadoras responde "no sabe" a las preguntas sobre la aplicación de dispositivos preventivos en su empresa). Las empresas en las que las trabajadoras participan activamente en la puesta en marcha de políticas preventivas son una excepción (sólo un 17% de las trabajadoras ha participado en la evaluación de los riesgos). Hay que tener en cuenta que la muestra de respuestas indica un elevadísimo índice de empresas en las que deberían existir condiciones más favorables que en la media. Las trabajadoras que respondieron representan una proporción superior a la media de afiliación a una organización sindical. Su nivel formativo es superior y están más concentradas en la

zona metropolitana de Florencia. El cuadro 10 presenta una síntesis de los resultados sobre los dispositivos preventivos.

Cuadro 10: **Dispositivos preventivos y participación de las trabajadoras**

	Si	No	No sabe	No contesta
¿Se ha efectuado una evaluación de riesgos?	35%	8%	39%	19%
¿Has participado en la evaluación de riesgos?	17%	57%		26%
¿Se ha designado un médico competente* en la empresa?	42%	15%	29%	14%
¿Se ha creado un servicio de prevención en la empresa?	40%	18%	29%	12%
¿Se efectúan las reuniones periódicas de seguridad**?	26%	27%	31%	15%

* En Italia, el "médico competente" es el equivalente al médico del trabajo. En otros países su presencia es obligatoria.
** Las reuniones periódicas de seguridad son obligatorias. Se deben reunir la dirección, los servicios de prevención y los representantes de los trabajadores para la seguridad. Son, de algún modo, el equivalente de los comités de higiene y seguridad en otros países.

Fuente: Arena y Valzania, 2003. Se trata de una síntesis de varios cuadros y datos estadísticos anexados

- En lo referente a la información sobre los riesgos laborales, los datos del estudio son contradictorios. Por una parte, la mayoría de las empresas no ofrece la información con regularidad: un 29% de las trabajadoras responde que el empleador no las informa nunca, un 19% que casi nunca, un 25% que a veces, un 10 % que a menudo, un 3% que permanentemente y un 13% no responde. Por otra parte, la información es considerada como suficiente por un 60% de las trabajadoras encuestadas.

Cien gestos por minuto: ¿mujeres o máquinas? Une estudio italiano sobre los trastornos músculo-esqueléticos

El "grupo de mujeres para la salud laboral" de tres confederaciones sindicales de Milán (CGIL, CISL y UIL), compuesto por representantes de los trabajadores de la seguridad, sindicalistas, técnicos y médicos de los servicios públicos de prevención de riesgos laborales, ha elaborado un programa de investigación sobre los distintos aspectos de la salud de la mujer trabajadora y, en especial, sobre la ergonomía (DSL, 2000).

El grupo de trabajo contó con la colaboración del Cemoc, un centro especializado en ergonomía que trabaja en el marco del servicio público de prevención, para realizar un estudio en nueve empresas de distintos sectores de producción con mano de obra femenina (alimentación, metalurgia, mecánica, blanqueado industrial, fabricación de juguetes y encriptación informática de datos).

Al no contar con normas de referencia específicas, se creó un método de trabajo experimental, con el objetivo de ser gestionado personalmente por las representantes de las trabajadoras en materia de seguridad asociadas al proyecto. Realizaron un curso de media jornada para estar capacitadas para recoger, a través de una encuesta, los datos sobre los trastornos y los daños indicados por las trabajadoras, así como los aspectos de la organización del trabajo que se debían tener en cuenta en el análisis de los riesgos. De este modo, se realizó la encuesta sobre una población de 380 mujeres y 12 hombres.

La participación de las obreras fue particularmente importante. Aliviadas por el hecho de ser, por fin, reconocidas como seres humanos, y más específicamente como mujeres, describieron con energía los numerosos trastornos y daños que les afectaban y la manera en que se veían obligadas a trabajar con máquinas.

Estas son algunas de las conclusiones de la investigación:
- Los esfuerzos realizados por las obreras pueden resultan particularmente importantes al analizar los gestos que deben realizar, teniendo en cuenta su frecuencia, la escasez de pausas, las posiciones incómodas, etc.
- Los miembros superiores son la parte del cuerpo más afectada directamente, debido al ejercicio principal de los músculos, tendones y ligamentos de los brazos.
- Asimismo, son también las siguientes patologías: síndrome del túnel carpiano, las tendinitis del hombro, las epicondilitis laterales y mediales, sensación de asfixia, radiculitis cervicales, etc.

Una vez hechas las encuestas, fueron analizadas por ergónomos del Cemoc, que determinaron qué trabajadoras convenía someter a una revisión médica. Se trataba de un problema serio en la mayor parte de las empresas. La frecuencia de los gestos en algunos casos era muy elevada (de 40 a 60 movimientos por minuto). Un 29,7% de las trabajadoras sufrían patologías relacionadas con su actividad profesional.

Se emprendieron otras iniciativas :
- continuación de las revisiones médicas
- evaluaciones colectivas de riesgos
- indemnizaciones y reconocimiento de enfermedades profesionales
- una campaña de sensibilización en diversos ámbitos (grupos industriales, médicos, representantes de los trabajadores).

Para el "grupo de mujeres para la salud laboral", la mayor dificultad estriba en combatir el reparto de roles a los que se ven confinados mujeres y hombres. El grupo de trabajo también encamina su acción hacia otros temas como los horarios de trabajo, el trabajo nocturno, etc., con el fin de demostrar que los riesgos profesionales no tienen nada de neutros.

Numerosos estudios sindicales españoles abordan la dimensión de género de manera sistemática, algunos de los cuales analizan sectores determinados como la industria valenciana del calzado (San Miguel del Hoyo et al., 2000) o las empresas de manipulación de frutas y verduras en la Comunidad Valenciana (Mellado et al., 1997). Otros estudios son especializados, como el estudio sobre del acoso sexual (Pernas et al., 2000). Uno de los estudios más amplios abarca distintos sectores relacionados con las comunicaciones y los transportes.

El siguiente estudio es con diferencia el más ambicioso (Martínez, Moreno Jiménez, 2001). Parte del hecho de que la salud laboral en España sigue centrada en la referencia al trabajo masculino. Además, las transformaciones del sistema productivo engendran nuevos riesgos. La precarización del trabajo desempeña un papel importante y afecta a las mujeres de manera más sistemática[88]. El estudió se realizó en base a tres ejes:
- El análisis de los factores de riesgo
- El análisis de los problemas de salud física y mental relacionados con el trabajo de las mujeres
- La creación de estrategias preventivas para eliminar o reducir los problemas de salud.

88. En los datos de la encuesta sobre población activa, aparece un dato para el sector de transportes y comunicaciones que cifra en un 83% los contratos indefinidos de los hombres y en un 74% el de las mujeres.

La fuente principal de información y análisis fueron siete grupos de trabajadoras (6 grupos exclusivamente femeninos y uno mixto) procedentes de distintos sectores o profesiones. La experiencia de estas trabajadoras fue contrastada con diversas fuentes de información (bibliografía sobre salud laboral, datos sacados de la extraídos de la Encuesta de Población Activa y del estudio sobre las condiciones laborales).

Entre los elementos más interesantes del estudio podemos mencionar los siguientes:

- El análisis del impacto de las condiciones laborales sobre la salud está íntimamente relacionado con el análisis crítico de los roles masculinos y femeninos. Se cuestiona la ilusoria impermeabilidad entre el trabajo remunerado y el no remunerado. Uno de los participantes indica: "(Los hombres) hacen un trabajo monótono, y la mujer doblemente, ya que no solamente realiza el trabajo monótono día tras día y así sucesivamente, sino que en cuanto llega a casa continúa con un trabajo monótono y no remunerado. Tiene que ocuparse de la casa y de los niños, del marido y de los padres. Eso es lo increíble". Otra participante dice: "Los compañeros de trabajo (hombres) dividen su vida en varios espacios. Cuando se ocupan de una cosa, anulan la otra,... Es así porque para ellos la vida familiar ya está solucionada. A distintos niveles, si no tienen una mujer que les tenga todo preparado y que les espere, tienen una madre o viven aún con sus padres o, si no, se preocupan menos que nosotras por la vida familiar y de la vida doméstica".
- La flexibilidad de los horarios de trabajo y su irregularidad aparecen como causas importantes de estrés. En el sector de las comunicaciones y de los transportes, el 75% de las trabajadoras están sometidas a alguna forma de irregularidad en sus horarios de trabajo (jornadas partidas, trabajo en turnos, etc.).
- Lo inadecuado de las herramientas de trabajo, de los instrumentos de protección individual y, a veces, la ropa de trabajo se destaca frecuentemente como un factor que aumenta los riesgos.
- La contratación de mujeres en profesiones tradicionalmente masculinas no suele implicar un verdadero carácter mixto de las tareas. Una mujer cartera indica que la distribución del correo en furgoneta por la tarde se realiza exclusivamente por hombres.
- En el sector del espectáculo, la contratación suele basarse más en criterios estéticos que en la capacidad profesional: "no cogen a bailarinas, cogen a modelos que han aprendido a bailar porque son más guapas, porque tiene el pelo más bonito, porque tienen más pecho, mientras las bailarinas siguen sin trabajo..."
- El grado de intensidad del trabajo y las posturas incómodas se encuentran entre los principales factores de daño a la salud. Un 33% de las trabajadoras hablan de riesgos de accidentes relacionados con la fatiga. Este dato contrasta con la percepción individual común entre las trabajadoras según la cual ellas tienen la responsabilidad de los accidentes debido a un exceso de confianza. Observamos aquí el interés de una confrontación entre la percepción colectiva y la percepción

individual que puede conllevar una visión culpabilizadora de la "asunción de riesgos".

- El consumo de medicinas (analgésicos, antidepresivos, somníferos, estimulantes, etc.) es elevado. Se da en un 27% de las trabajadoras del sector (frente a un 15% de los trabajadores). A menudo, la automedicación oculta la gravedad del problema. Hay un contraste patente, de nuevo, ante la importancia que otorgan las políticas patronales al control de sustancias ilegales (drogas) y del alcoholismo.

Una vez terminado el estudio, se realizó una campaña sindical con el objeto de sentar las bases de las reivindicaciones ante las negociaciones colectivas y de informar a los colectivos de trabajo de los resultados del estudio. Se distribuyeron folletos informativos a gran escala y se realizó una exposición itinerante para difundir los resultados del estudio[89].

89. La exposición se puede consultar en la página Web: *http://www.fct.ccoo.es/pdf/mujer.pdf*

Percepciones opuestas de la discriminación

La discriminación entre hombres y mujeres es tratada como un factor de riesgo para la salud en algunos estudios sindicales. Con razón. La discriminación no suele limitarse a las consecuencias económicas. Devalúa el trabajo en todas sus dimensiones, disminuye la autoestima, reduce el margen de autonomía y la posibilidad de hacerse oír.

Un estudio sindical suizo del sector de las artes gráficas (Comedia, 2002), incluye la siguiente pregunta en el cuestionario de los problemas de salud: "¿Existe discriminación hacia las mujeres?". Un 33% de las trabajadoras respondieron que sí frente a un 5% de los trabajadores. Un 67% de las trabajadoras respondieron que no frente a un 72% de los trabajadores. El porcentaje de preguntas sin contestar es muy significativo: todas las mujeres respondieron, mientras que un 23% de hombres no quisieron responder. Las respuestas podían ser comentadas, siendo los salarios el tema más frecuente. Algunas mujeres dijeron también que se tenía menos en cuenta su opinión que la de los hombres, que tenían menos posibilidades de promoción o que carecían de medios para defe

Parte III

La situación de las políticas

En la obra *En busca del tiempo perdido*, el narrador de Proust describe los dos paseos que éste daba habitualmente con su familia en Combray. Pasando por los mismos lugares, pero observándolos desde otra perspectiva, le parecía recorrer universos totalmente diferentes. Entre los "dos lados" que descubrían los paseos, dice el narrador, "interponía yo (...) algo más que sus distancias kilométricas: la distancia existente entre las dos partes de mi cerebro con que pensaba en ellos, una de esas distancias de dentro del espíritu, que no sólo alejan, sino que separan y colocan en distinto plano. Y esa demarcación era más absoluta todavía, porque nuestra costumbre de no ir nunca en un mismo día por los dos lados en un solo paseo, sino una vez por el lado de Méséglise y otra por el lado de Guermantes, los encerraba, por así decirlo, lejos uno de otro, y sin poderse conocer, en los vasos herméticos e incomunicables de tardes distintas" [90].

90. Proust, M. (1973), *En busca del tiempo perdido*, París: Gallimard (Bibliothèque de la Pléiade), vol. I, p. 135.

Una impresión parecida se desprende de las políticas examinadas a lo largo de este estudio.

Son tres las políticas que juegan un papel importante a la hora de mejorar las condiciones de trabajo desde una perspectiva que favorezca la igualdad. Se trata de las políticas de salud laboral, las políticas de salud pública y las políticas de igualdad. Todas inciden en elementos comunes desde perspectivas diferentes. La impresión más significativa que se desprende tras analizar estas tres políticas es su estancamiento.

A nivel institucional, la primera explicación apunta al funcionamiento de cualquier gran aparato burocrático. Cada sector tiende a delimitar su territorio y vela celosamente por que sus fronteras no sean franqueadas por otros. Históricamente, las políticas de salud laboral, de igualdad y de salud pública han aparecido en momentos diferentes y han supuesto la constitución de dichos territorios a nivel estatal. Ocurre lo mismo en organizaciones "parainstitucionales", que imitan en muchos casos la estructura a la de las instituciones estatales. Se observa este fenómeno, con diferente intensidad, en numerosas organizaciones reconocidas como representativas por el Estado (sindicatos, organizaciones feministas, etc.). Su funcionamien-

to es tan parecido que estas organizaciones se integran en una tupida red de organismos consultivos que funcionan paralelamente al Estado, del que obtienen una parte de su financiación. La propia investigación se debe en gran parte a las necesidades institucionales. Se produce una especie de satelización de la investigación en ciencias sociales en los ámbitos de acción del Estado.

Los límites políticos intrínsecos a cada uno de los campos de acción que hemos examinado intensifican, sin embargo, este fenómeno general. Los límites, de manera resumida, son los siguientes:

- Difícil integración del conjunto de relaciones sociales en las políticas de salud laboral, construidas en función de una perspectiva focalizada en los riesgos y su prevención.
- Escasa valoración de las condiciones laborales como factor importante de desigualdad social en materia de salud pública. Este fenómeno se agudiza en ciertos países donde la lucha contra las desigualdades sociales en materia de salud no se encuentra entre los objetivos fundamentales de la salud pública.
- Ambigüedad de las políticas de "igualdad de oportunidades", acorraladas entre una visión liberal (crear condiciones de competitividad entre todos los individuos independientemente de su sexo) y la lucha feminista por una igualdad sustancial dirigida contra la dominación masculina en las diferentes esferas de la sociedad.

Sería interesante analizar de forma más detallada la relación entre las políticas de salud pública y las de salud laboral teniendo en cuenta las transformaciones recientes en los principales países de la Unión Europea. Sin embargo, no nos es posible hacerlo dados los límites de este estudio.

Nuestro análisis se realiza principalmente en base a la política comunitaria. Las políticas nacionales de los quince Estados miembros no han podido ser abordadas de manera sistemática. En líneas generales, existen diferencias entre las distintas políticas nacionales sobre la dimensión de género en el ámbito de la salud laboral. La tendencia común es, sin embargo, que estas políticas hayan sido concebidas como "neutras desde una perspectiva de género" pero que en la práctica tiendan a obviar los problemas de salud laboral más específicos o comunes entre las trabajadoras.

La política comunitaria de salud laboral se ha vertebrado en base a dos ejes: una política social sobre el lugar de trabajo y

una política comercial sobre la libre circulación de mercancías. Hay una interdependencia entre estas dos políticas. En ciertos ámbitos, la eficacia de la prevención en los puestos de trabajo depende en gran medida de la regulación del mercado y de su control. No se puede llevar a cabo en buenas condiciones la prevención en dichos puestos de trabajo si no se diseñan correctamente los equipos de protección individual, si la información sobre las prestaciones y la forma de utilizar dichos equipos no es fiable, si una sustancia química peligrosa no se etiqueta correctamente o si su ficha de datos de seguridad contiene información insuficiente.

Vamos a analizar la política comunitaria de salud laboral a lo largo de tres capítulos. El capítulo 7 se centra en el instrumento principal de esta política: las directivas sobre el lugar de trabajo. El capítulo 8 trata de uno de los mayores fracasos de esta política: el mantenimiento de sistemas radicalmente diferentes sobre reconocimiento de enfermedades profesionales. Este capítulo nos ofrece una visión de este problema desde una perspectiva de género. El capítulo 9 esboza una cuestión que, desafortunadamente, se ignora: la dimensión de género de las políticas sobre el mercado de los equipos de trabajo y los productos químicos.

En cuanto a las políticas de salud pública, las diferencias son poco significativas y los elementos de homogeneización que resultan de las políticas comunitarias no son relevantes. La política comunitaria de salud pública es más reciente que las diferentes políticas de salud laboral, que no disponen de instrumentos jurídicos capaces de apoyar un proceso de armonización entre los quince sistemas de salud pública de los Estados miembros. Un ejemplo claro de este fenómeno es la anulación de la directiva de 6 de julio de 1998 sobre publicidad del tabaco. Esta directiva había sido adoptada en base al artículo 100 A del Tratado (que se convertiría, tras ser modificado por el Tratado de Ámsterdam, en el artículo 95). Este artículo trata de la regulación del mercado. Alemania consideraba que no era útil en materia de salud pública salvo si se demostraba que las divergencias entre las regulaciones nacionales provocaban distorsiones en la competencia o implicaban trabas al comercio. El Tribunal de Justicia apoyó la posición de Alemania y anuló la directiva[91].

Sin embargo, no cabe duda de que las presiones que ejercen otras políticas sobre el funcionamiento de los sistemas de salud pública pueden desempeñar un papel importante en su evolución. Las políticas de austeridad presupuestaria que

91. Alemania/Parlamento y Consejo, 5 de octubre de 2000 (aff. C 376/98).

implican el respeto a los criterios de finanzas públicas han llevado a la mayor parte de los países comunitarios a introducir reformas que limiten la gratuidad de los cuidados y que refuercen el papel del sector privado en la organización de la salud pública.

Capítulo 6
Las políticas de salud laboral: del enfoque proteccionista excluyente a la neutralidad del género

Algunos autores consideran que la introducción de la perspectiva de género en la salud laboral se debe al incremento de la tasa de participación de las mujeres en el trabajo remunerado. Semejante visión resulta inocente o parcial. Cierto es que la tasa de participación femenina en el empleo remunerado y reconocido como tal aumenta constantemente desde hace más de treinta años, pero ya hace un siglo se daban a veces tasas más elevadas en el trabajo industrial[92]. Los métodos estadísticos de medición del empleo siempre han subestimado en gran medida el empleo femenino. La proporción de mujeres empleadas en la producción de mercancías en la agricultura, el comercio y la artesanía era claramente ignorada por las estadísticas. Ocurría lo mismo en el trabajo doméstico, incluso cuando éste dependía de un recurso industrial.

Tal y como destaca Sylvie Schweitzer (2002): "¿Se ha preguntado alguien desde cuando trabajan los hombres? No, claro que no. Sus funciones y oficios se han considerado siempre tan antiguos como el mundo. (...). No es lo mismo en el caso de las mujeres. Su trabajo es siempre casual, ocasional y reciente. El sentido común parece de esta forma ignorar que las mujeres han sido también campesinas, comerciantes, obreras, administrativas, enfermeras, maestras. Desde siempre. Entonces, ¿por qué se emplea a menudo la frase "desde que las mujeres trabajan..."? ¿Acaso cuando se trata de la historia de las mujeres impera la amnesia?".

De hecho, las políticas de salud laboral siempre han tenido una dimensión de género muy marcada. El problema es saber si los caminos adoptados contribuían a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres o a legitimar la dominación masculina en el ámbito laboral. Esta cuestión es importante porque sigue teniendo vigencia. No toda política de género contribuye necesariamente a la igualdad y la emancipación del ser humano. Asimismo, hay políticas sociales que refuerzan las desigualdades y la concentración de la riqueza. Una breve reseña histórica refrescará la memoria, demostrará que diferentes opciones son posibles en cualquier momento. Nada nos obliga a vincular la variación de la tasa de empleo femenino con una determina-

92. Basten algunos ejemplos para demostrar que los elevados índices de participación de las mujeres en el trabajo no son una novedad. Si nos atenemos al trabajo en la industria a lo largo del s. XIX, nos damos cuenta de que estos índices podían variar enormemente dependiendo de la ciudad y en función de la importancia de los sectores de producción. En Italia, según los datos aportados por Anna Kuliscioff en su ensayo *Il monopolio dell'uomo* (publicado en 1890), la clase obrera estaba compuesta en 1880 por un 27% de hombres, un 49% de mujeres y más de un tercio de niños cuyo sexo no se especificaba (el texto íntegro de Kuliscioff lo reproducen Damiani y Rodríguez, 1978). En España, en 1914, la clase obrera estaba compuesta por un 15% de mujeres en Madrid, un 30% en Barcelona, un 40% en Valencia y menos del 5% en Vizcaya, donde predominaba la industria siderúrgica, metalúrgica y minera (Bizcarrondo, 1994). Para el caso de Francia, véase Schweitzer (2002).

da política de salud laboral. Hay caminos a seguir y decisiones que adoptar.

Kauppinen-Toropainen (citada por Lagerlof, 1993, pp. 71-72) propone una parrilla de análisis que distingue cuatro grandes orientaciones posibles para las políticas de salud laboral y sus relaciones con el género.

Cuadro 11: **Cuatro posibles orientaciones para las políticas de salud laboral en lo referente al género**

	Se aceptan las diferencias de género	
	No	Sí
Se promueve la igualdad como norma	Insensibilidad ante el género	Estereotipo de género
	Neutralidad de género	Sensibilidad ante el género

Fuente : Kauppinen-Toropainen (mencionado por Lagerlof, 1993, pp. 71-72)

Si intentamos analizar la evolución general de las políticas de salud laboral, vemos que pasan de una perspectiva proteccionista excluyente (que, en la tipología de Kauppinen-Toropainen, correspondería a una perspectiva basada en los estereotipos de género) a una perspectiva que reivindica la neutralidad de género. Resulta obvio que en este caso se trata tan sólo de una tendencia general y que ninguna política de salud laboral corresponde a ideales absolutos.

A pesar de las muchas transformaciones que se observan de una época a otra, de un país a otro y de un ámbito a otro, observamos un punto en común. La dimensión de género no aparece nunca como una necesidad vinculada a las características profundas de la sociedad. Una vez planteado un problema, las políticas se desarrollan como medidas más bien correctoras que represivas, más específicas o parciales que globales. La dimensión de género se concibe únicamente como un elemento complementario destinado a responder a determinados problemas particulares de las mujeres. Sería una respuesta a una "cuestión femenina" cuyos límites se pierden entre la niebla. Esta perspectiva invierte las prioridades. En lugar de partir de las condiciones colectivas de trabajo desarrolladas en el marco de una división sexual del trabajo, se parte de las mujeres como un grupo a "proteger". Se justificaría la protección por una "sensibilidad particular". Según esta visión, las mujeres se caracterizan por una excepción biológica que las distingue de la norma y que se centra en la maternidad. En algunos casos, el enfoque paternalista aborda la cuestión del género como un aspecto de la "gestión de la diversidad" [93] como parte de un conjunto dispar en el que se mezclan sexo, minusvalías, edad (trabajadores

93. El principal reproche que se le puede hacer a las campañas de promoción de la "gestión de la diversidad" que emprenden la patronal o el Estado, es que favorecen el mantenimiento de relaciones sociales que engendran, perpetúan o empeoran las situaciones de desigualdad entre los sexos, los grupos étnicos o en base a otros criterios. ¿Qué credibilidad se le puede dar a unas campañas oficiales a favor de empresas sin racismo, cuando la política gubernamental prioriza la lucha contra la inmigración presentándola como una amenaza contra el orden público y cuando la división étnica del trabajo sirve para justificar los bajos salarios de los trabajadores inmigrantes o procedentes de la inmigración?

mayores o muy jóvenes), orientación sexual, grupo étnico, inmigración, etc.

El binomio protección-exclusión

"Según un mandamiento natural, el hombre debe traer el pan a casa para su familia, y la mujer debe velar, con su trabajo, por dicha familia. La mujer que debido a su empelo no pueda defender los intereses de su familia, es un mal social de tal importancia que oponerse radicalmente por vía gubernamental es perfectamente legítimo. El principio básico no es la prohibición de un trabajo concreto, sino prohibir el trabajo a las mujeres casadas, de manera que se auspicie la protección de la familia".

Exposición de las motivaciones de un proyecto de ley presentado en 1937 por el ministro holandés de Asuntos Sociales en Roma (citado por Wierink, 2001, p. 311)

Las mujeres aparecen como un elemento central al surgir las políticas de salud laboral al principio de la Revolución Industrial. Vinculadas a los niños, aparecen más frecuentemente como objeto que como sujeto. Sin duda este era el caso de las políticas estatales y patronales, pero también encontramos esta misma visión en buena parte del movimiento obrero. Las primeras políticas de salud laboral estaban marcadas por un enfoque proteccionista excluyente.

Muy a menudo, las políticas estatales consideraban que la autorregulación patronal debía ser la regla general a la que, con ciertos límites, se concedían excepciones para dos categorías que merecían una protección particular: las mujeres y los niños. Se trataba, no ya de garantizar la salud de estas personas como tales, sino de salvaguardar la reproducción biológica y social que la avidez patronal podría haber puesto en peligro. El higienismo del siglo XIX todavía no distinguía entre salud y moral patriarcal. Asimismo, volvía a poner en tela de juicio las condiciones de trabajo porque creaban situaciones de promiscuidad, una libertad de valores que hacían a la clase obrera inadmisible para las normas de la familia burguesa.

La vigilancia[94] sobre las trabajadoras no se hizo extensiva a todas las actividades laborales. Se aplicaba principalmente en casos de mujeres que escapaban a la tutela
de la familia (de sus familias o de sus jefes), en centros industriales o en las minas. Por el contrario, otros sectores quedaban

94. En ciertas lenguas como el italiano, el término "tutela" se utiliza para designar a la vez la protección de las mujeres y de los niños en el trabajo (y, por extensión, la protección de la salud laboral) y el ejercicio de los derechos civiles de individuos débiles por mediación de otra persona (niños, mujeres, enfermos y discapacitados psíquicos, individuos cuya prodigalidad pone en peligro el patrimonio familiar). Durante su creación, el derecho del trabajo asimiló términos de la familia patriarcal romana.

excluidos por las reglas de protección aplicadas: el trabajo doméstico, ya fuera remunerado o no, el trabajo a domicilio, la agricultura, las explotaciones familiares, etc. Los elementos de protección previstos por la legislación rara vez implantaban medidas de prevención colectiva.

Las obreras: ¿objeto o sujeto de las políticas de salud laboral?

"Incluso las mujeres se mezclan en estas manifestaciones de desorden y forman parte de ellas activamente. Un buen número de estos seres desvergonzados, renegando de su sexo y banalizando cualquier pudor, se exhibían encabezando a los rebeldes y se mostraban superiores ante sus hermanos y sus maridos con gritos y amenazas"

Descripción que hacía el periódico Le *Journal de Bruxelles* el 4 de febrero de 1867 de las huelgas de Marchiennes-au-Pont (citado por Gubin, 1990, p. 40)

Desde el principio de la Revolución Industrial, las obreras lucharon por la mejora de sus condiciones laborales. Las terribles condiciones de explotación a las que eran sometidas como obreras, así como la opresión social que pesaba sobre ellas como mujeres, generaron un movimiento de resistencia cuya historia ha sido ignorada. Las reivindicaciones expresadas muestran que el objetivo de estas luchas femeninas nunca fue el aislamiento en el ámbito del trabajo doméstico familiar. Dicho objetivo era, sin embargo, auspiciado por una parte del movimiento obrero masculino, que concebía su relación con las obreras más en términos de competencia que de explotación común.

La lucha de la mujer trabajadora introdujo en la experiencia del movimiento obrero elementos de una radicalidad totalmente nueva. Más allá de las reivindicaciones dirigidas contra la explotación económica, estas mujeres cuestionaban una opresión sufrida durante milenios. De Flora Tristan a Alexandra Kollontai, de Louise Michel, Emma Goldmann y Mother Jones a Clara Zetkine y Anna Kuliscioff, para muchas dirigentes del movimiento obrero, la crítica al capitalismo es intrínseca a la lucha contra las relaciones patriarcales, a la afirmación del derecho de las mujeres tanto a ser ciudadanas de pleno derecho como a disponer de su propio cuerpo gracias al desarrollo de la anticoncepción y la despenalización del abortoa.

a. El Instituto de Historia Social de Ámsterdam organizó en octubre de 2000 un seminario sobre el amor libre y el movimiento obrero, que muestra la importancia de la crítica de la dominación masculina en el seno de la familia desde la perspectiva de la emancipación de las organizaciones obreras. En Gran Bretaña, Stella Browne (1880-1955) insistiría con vigor en el carácter complementario de la libre elección de la mujer de cualquier profesión y la libertad en sus relaciones sexuales (Hall, 1997 y 2000).

Las justificaciones alegadas ante la prohibición de trabajar a las mujeres se referían generalmente a tres cuestiones: las malas condiciones de trabajo de las mujeres ponían en peligro la supervivencia de la especie, el trabajo asalariado minaba su moralidad y a la vez impedía que las mujeres se consagraran íntegramente a sus obligaciones naturales. En el seno del

movimiento obrero se apela con frecuencia a un cuarto argumento: dado que sus salarios son inferiores, las mujeres compiten con los hombres y les impiden obtener aumentos. En los años treinta se utiliza el paro masivo como un argumento añadido: las mujeres son llamadas a sacrificarse para acabar con el paro[95].

95. A principios de los años ochenta, este mismo argumento resurgió en Bélgica para imponer el trabajo a tiempo parcial de las mujeres en una fábrica que pasaba por momentos de dificultades económicas. Este hecho provocó una huelga de obreras contra el convenio colectivo que les imponía el cambio al trabajo a tiempo parcial (Louis, 1983).

Entre los elementos de esta política, aplicada a finales del siglo XIX, podemos citar numerosas prohibiciones y la promulgación de normas diferenciadas en diversos campos dependiendo del sexo (particularmente en lo referente a llevar peso, la exposición al plomo, la duración de la jornada laboral, etc.). Más allá de la legislación, las prácticas tienden a legitimar la segregación sexual del trabajo. Las mujeres fueron expulsadas de diferentes sectores y profesiones. Sería inútil buscar en estas políticas una racionalidad basada en la protección de la salud. Por lo demás, entre un país y otro o entre una coyuntura económica y otra, estas medidas varían enormemente. El único factor que se repite con frecuencia es fácil de constatar: sistemáticamente, la concentración de mujeres en un empleo o un sector se asociaba a salarios más bajos. Las medidas de prohibición son múltiples: prohibición del trabajo nocturno femenino en la industria, exclusión de las mujeres en minas y trabajos subterráneos, etc.

Casi todas las legislaciones que excluyen a las mujeres de determinadas profesiones o actividades han sido abolidas. Persisten algunas disposiciones en ciertas legislaciones pero desempeñan un papel marginal. En muchos casos, parecen haber caído en desuso. Si no han sido abolidas es debido a la inercia del legislador o a su rechazo a adoptar nuevas disposiciones que protejan tanto a hombres como a mujeres.

Es el caso de algunas disposiciones proteccionistas que existen aún en el Código del Trabajo francés. Podemos citar los artículos L 234-2 y L234-3, que siguen en vigor a pesar de que su alcance en la práctica es muy reducido en lo que se refiere a las mujeres.

A pesar de esta equiparación jurídica casi total, la segregación sigue siendo un dato relevante en el trabajo. Algunos sectores enteros de la economía (construcción, minas y canteras, siderurgia, manipulación de mercancías en los puertos, etc.) siguen siendo eminentemente masculinos (a excepción de algunas profesiones "auxiliares" tradicionalmente reservadas a las mujeres: secretarias administrativas, asistentas sociales, limpiadoras, etc.). El ejemplo de la construcción es significativo.

Una publicación sindical de este sector (CLR, 1997) señalaba: "¿Por qué un dirigente sindical argentino de la construcción piensa que, afortunadamente, las mujeres de su país no tienen que trabajar en la construcción? ¿Por qué un dirigente del sindicato de la construcción de la Federación Rusa señala con orgullo que el 45% son mujeres? ¿Por qué un obrero de la construcción en Ámsterdam observa: "es un trabajo duro, un trabajo de hombres"? ¿Por qué en una obra de Nueva Deli se dice lo contrario, que la construcción es un trabajo duro y sucio, un trabajo para mujeres?".

Una excepción significativa: las mondine de Italia

La mayor parte de los países europeos excluyeron a la agricultura del campo de aplicación de las legislaciones sobre salud laboral adoptadas entre el principio de la Revolución Industrial y la Primera Guerra Mundial. Hay una excepción muy significativa: las *mondine* de Italiaa. Las *mondine* eran trabajadoras temporeras que acudían a los arrozales de diversas zonas de la llanura del Po en Italia del Norte. Su cometido principal consistía en eliminar las malas hierbas que dificultan el crecimiento del arroz. A finales del siglo XIX y durante la primera mitad del XX formaban uno de los sectores más combativos del proletariado agrícola italiano. Sus ligas fueron las primeras organizaciones obreras femeninas y contribuyeron en gran medida a la creación del Partido Socialista antes de la Primera Guerra Mundial en algunas regiones rurales. Una de las características de las *mondine* era su relativa independencia de la estructura familiar. A este respecto, su situación difería de la de muchas obreras de fábricas cuya existencia se seguía determinando por la familia a la salida del trabajo. Se trataba de uno de los pocos sectores en los que colectivos compuestos mayoritariamente por mujeres llevaban una existencia común fuera de cualquier control familiar. La mayor parte del tiempo se alojaban en dormitorios colectivos y comían juntas. En la experiencia de las *mondine*, no había separación entre las reivindicaciones colectivas y una cultura común que reivindicaba una identidad obrera y femenina. El clero consideraba que sus condiciones de vida eran una amenaza para la moral pública y se esforzó –sin demasiado éxito- por incluirlas en organizaciones parroquiales. La primera ley italiana sobre las condiciones laborales de las mujeres y los niños (Ley del 19 de junio de 1902), excluía a la agricultura de sus contenidos. Sin embargo, en 1907, una nueva legislación específica intervino únicamente en el ámbito del cultivo del arrozb. Se trataba, al mismo tiempo, de neutralizar los movimientos reivindicativos de las ligas de las *mondine* y de intentar limitar esta forma de trabajo femenino que parecía particularmente peligrosa desde el punto de vista de la moral.

a. Fue la profesora Simonetta Soldani, de la Universidad de Florencia, quien atrajo mi atención sobre el caso de las *mondine*.
b. Título IV del texto único de las leyes sanitarias del 1 de agosto de 1907 y del Decreto Real del 29 de marzo de 1908.

La neutralidad de género: un referente implícito masculino

El enfoque proteccionista ha cedido progresivamente terreno a la "neutralidad de género", que ha ido dominando a partir del final de la Segunda Guerra Mundial. La cronología cambia en función de cada país[96]. En general, desde 1945, no se dan tentativas serias de exclusión de las mujeres del trabajo remunerado.

96. La legislación franquista siguió en vigor hasta 1975, pero las disposiciones más discriminatorias para con las mujeres habían caído en desuso desde los años sesenta. La demanda de mano de obra femenina para la industria era tal que el régimen prefirió satisfacer a la patronal.

Los últimos intentos de impedir el acceso de las mujeres al mercado laboral se remontan al periodo que se inicia con la crisis económica de 1929 y termina con la Segunda Guerra Mundial: despido automático de las mujeres que se casan (en España, con Franco), intento de reducir la proporción de empleo femenino a un máximo del 10% de la fuerza de trabajo salvo en el caso de actividades "específicamente femeninas" (en Italia, con Mussolini). Por lo general, estas medidas no alcanzaron verdaderamente su objetivo y no son exclusivas de regímenes dictatoriales o de países de tradición católica. En Bélgica (Coenen 1991), bajo la presión de las organizaciones católicas, los gobiernos de coalición católico-liberales también adoptaron entre 1933 y 1935 diferentes regulaciones que aspiraban a instaurar cuotas máximas de participación femenina en la industria y suspendían cualquier nueva contratación de mujeres en las administraciones públicas. Estas regulaciones fueron escasamente implantadas. La llegada de un gobierno que incluía a los socialistas en 1935, supuso la supresión de estas medidas. En Holanda, la última tentativa de expulsar a las mujeres casadas del empleo remunerado se remonta a 1937 y se propuso por iniciativa de un ministro católico de Asuntos Sociales. En Suecia (Nickell, 1994) hubo diversos intentos de limitar el acceso al empleo de las mujeres casadas en los años veinte y treinta. Tres diputados socialdemócratas presentaron en 1927 una moción en el Parlamento según la cual "una mujer sólo puede servir a un señor a la vez". Las últimas discriminaciones generales hacia las mujeres casadas desaparecieron en 1939. Bien es verdad que la industria sueca ya se beneficiaba de importantes rendimientos ligados a la Segunda Guerra Mundial. (Para un detallado estudio de la legislación sueca, ver Carlson, 2001). A partir de la Segunda Guerra Mundial van cayendo progresivamente las barreras jurídicas de acceso a ciertos puestos de trabajo, hecho que no concierne únicamente a los aspectos vinculados a la salud laboral.

La neutralidad de género es hoy en día la característica principal de la política de salud laboral aplicada en la Unión Europea

y en sus Estados miembros. Consiste en abordar las cuestiones sobre salud laboral desde el punto de vista de un trabajador abstracto cuya referencia implícita es la normalidad del trabajo masculino. Se trata de una "normalidad" preestablecida y que, evidentemente, no corresponde a la extremada diversidad de trabajos masculinos. Basta con echar un vistazo a algunas profesiones masculinas en las que la renovación de plantilla y las bajas voluntarias antes de la edad de jubilación son tan habituales como en ciertas profesiones femeninas. El trabajo en la construcción no se ajusta más a la "naturaleza masculina" que el de enfermería a la "naturaleza femenina".

La neutralidad de género implica la negación de tres dimensiones:

- Las posibles diferencias biológicas son, por lo general, ignoradas salvo en lo que respecta a la maternidad. Es raro que las normas (en el sentido amplio: normas legislativas sobre prácticas profesionales) sean elaboradas de manera que se proteja eficazmente tanto a hombres como a mujeres –siempre que se justifiquen las diferencias biológicas- contra una evaluación separada de los riesgos para la salud.
- La división del trabajo entre hombres y mujeres es considerada como un factor externo, un elemento contextual sobre el que las políticas preventivas no desempeñan un papel activo.
- Las ocasionales interacciones entre el trabajo remunerado y el no remunerado son consideradas factores puramente individuales. En la práctica, este hecho se traduce a menudo en un proceso de culpabilidad. Las mujeres son culpables de descuidar su "capital salud" cuando se entregan a tareas familiares o, al contrario, de sacrificar su misión familiar (y el futuro o la moral de las futuras generaciones) a favor de su éxito profesional. En algunos casos, se les proponen técnicas de gestión del estrés para que se resignen a esta doble imposición.

Podemos observar que el paso a la "neutralidad de género" no ha afectado a la mayoría de disposiciones en materia de protección de la maternidad. Sólo los países escandinavos han empezado a orientarse hacia una protección de la salud reproductiva global (para el caso de Finlandia, véase Kauppinen-Toropainen, 1993). Se trataría de englobar en una visión de conjunto la salud reproductiva de los hombres y la de las mujeres. Sólo se justificarían las medidas específicas para un género si se demostraran particularidades reales.

La maternidad: ¿única particularidad biológica de la mujer?

La reaparición de las "mujeres" en las políticas que apelan a la neutralidad de género se considera natural cuando se aborda la maternidad. Cabe emitir una doble crítica a este respecto.

Lo "biológico" aparece aquí como una técnica de naturalización de algo que, en realidad, es una función social. En resumidas cuentas, se dan al mismo tiempo un enfoque demasiado específico y uno demasiado difuso...

Demasiado específico en la medida en que la mayor parte de factores que amenazan la salud reproductiva no sólo afectan a la salud de las mujeres embarazadas. Por lo general afectan a la salud de hombres y mujeres a diferentes niveles. Sigue siendo difícil abordar los tabúes sobre la fertilidad masculina y su relación con las condiciones laborales. En muchos casos, las reglas específicas sobre maternidad han servido para evitar que se eliminen a priori algunos agentes nocivos para la salud.

Hay que añadir que la técnica de naturalización, que convierte la maternidad en una cuestión esencialmente biológica, no ha impedido nunca al legislador establecer discriminaciones entre las mujeres dependiendo del sector de ocupación. Numerosas legislaciones han excluido durante mucho tiempo a las trabajadoras del hogar o del campo de las disposiciones sobre protección de la maternidad. Todavía hoy, la directiva comunitaria no se aplica ni a las trabajadoras domésticas ni a las autónomas. Es el caso de Bélgica, donde la seguridad social cubre los períodos de baja de una trabajadora embarazada y expuesta a los mismos peligros que otras trabajadoras, varía según las categorías profesionales: las enfermeras se benefician de condiciones más ventajosas que las limpiadoras del hospital, a pesar de que el riesgo por contagio de agentes biológicos es el mismo. El origen de esta discriminación viene dado por las condiciones restrictivas de reconocimiento de las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Demasiado difuso en la medida en que este interés repentino por la biología femenina se limita a la maternidad. Casi nunca se abordan otras cuestiones vinculadas a la particularidad biológica. Prácticamente no existe bibliografía sobre las relaciones entre las condiciones de trabajo y los trastornos del ciclo menstrual. Y sin embargo, en las encuestas realizadas entre las trabajadoras, este aspecto de la salud laboral aparece como una prio-

ridad importante. Asimismo, la relación entre las condiciones de trabajo y una sexualidad satisfactoria es un tema que los especialistas en salud laboral abordan poco, a pesar de que se pone de relieve a menudo en las encuestas basadas en la percepción de los colectivos de trabajadoras (Corradi, 1991; Rotenberg, 2001; Arena, Valzania, 2003). Tampoco se ha profundizado en el estudio de particularidades ligadas a la exposición a sustancias peligrosas, ya sea porque estén vinculadas a la producción hormonal o por la diferente composición de ciertos tejidos.

Capítulo 7
La legislación comunitaria sobre el lugar de trabajo

La legislación comunitaria sobre el lugar de trabajo fue adoptada en el marco de las competencias sociales de la Unión Europea. Las primeras iniciativas se remontan a los años sesenta con el intento de conciliar la medicina laboral y el reconocimiento de las enfermedades profesionales. Durante la primera mitad de los años ochenta, la Unión Europea se fijó el objetivo de crear un marco armonizado sobre higiene industrial. Esta tentativa fracasó debido a las fuertes divergencias existentes entre los Estados miembros. A partir del Acta Única Europea de 1986, las directivas se pudieron aplicar con mayor facilidad. La exigencia de unanimidad fue remplazada por la de mayoría cualificada. La directiva marco de 1989 supuso el punto de partida de una producción legislativa importante que llevó a los países miembros a reformar sus sistemas de prevención (Vogel, 1994 y 1998).

Toda la legislación comunitaria europea sobre el lugar de trabajo fue adoptada en base a una óptica de neutralidad de género. Esto se explica fácilmente ya que en el momento en que la Unión Europea comienza a elaborar una política de salud laboral, el enfoque proteccionista excluyente ya está en retroceso en los Estados miembros. A pesar de que persistían algunas disposiciones discriminatorias en las legislaciones nacionales, ya no se cuestionaba el acceso de las mujeres a determinadas profesiones o determinados sectores. En general, los mecanismos de segregación ya no pasaban por ser normas jurídicas diferenciadas por sexos. El ejemplo sueco muestra de forma evidente que, al contrario, la igualdad jurídica formal era compatible con el mantenimiento –incluso el agravamiento- de una división sexual del trabajo muy rígida.

Analizaremos esta legislación por orden cronológico. Las directivas estudiadas se refieren a la protección contra los riesgos relacionados con el plomo, a la exclusión del trabajo doméstico remunerado en la directiva marco de 1989 y en las posteriores y a la protección de la maternidad. Otras directivas se tratarán de forma menos extensa. Este capítulo termina con un análisis crítico de la forma en que la dimensión de género se ha integrado en la nueva estrategia comunitaria sobre salud laboral.

Un dilema de plomo: la igualdad en la enfermedad o la salud (del feto) en la discriminación

La preparación de la directiva sobre protección de los trabajadores, concretamente en lo que se refiere a la exposición al plomo, ha dado lugar a un único debate entre tres enfoques: el proteccionismo, la neutralidad de género y una prevención que tome en cuenta a hombres y mujeres. Desafortunadamente, este debate no ha tenido mucha trascendencia fuera de los medios especializados[97]. El contraste con el debate planteado en el Tribunal Supremo estadounidense por la sentencia de 1991 del caso UAW contra Johnson Controls, Inc.[98] en la que también se plantea la cuestión de la prevención de riesgos vinculados al plomo es sorprendente. Dicha sentencia fue muy comentada y puede considerarse como una de las afirmaciones más rotundas de un enfoque jurídico que apuesta por la neutralidad de género en salud laboral.

Es sabido desde la Antigüedad que el plomo y sus derivados provocan numerosas patologías. En Francia, el saturnismo fue la primera enfermedad profesional reconocida, mucho antes que la silicosis. A lo largo del siglo XIX, el movimiento obrero llevó a cabo muchas luchas por la prohibición de las pinturas que contuvieran blanco de plomo (cerusa). La cerusa es un carbonato de plomo en forma de base y constituye una de las causas principales de saturnismo.

La utilización masiva del plomo en numerosos ámbitos de la producción creó, además, un problema mayor de salud medioambiental. En las aglomeraciones urbanas, los niveles de exposición pueden ser elevados[99]. A veces, una exposición profesional relativamente baja puede bastar para producir efectos tóxicos importantes. Sin embargo, los niveles de plomo en la sangre de la población han disminuido con la introducción en el mercado de la gasolina sin plomo y la aplicación de normas más estrictas sobre la calidad del agua potable.

Ya antes de la adopción de la directiva marco de 1980 sobre protección de los trabajadores contra riesgos químicos, físicos y biológicos[100], la Comisión lanza la preparación de una directiva sobre el plomo. A simple vista no debería haber muchas dificultades políticas: los Estados miembros reconocían desde hacía tiempo la gravedad de los riesgos que pueden suponer las exposiciones profesionales al plomo y disponían de legislación en la materia. La adopción de una directiva sobre el plomo se consideraba una prueba evidente de la

97. Según los archivos del BTS, Italia parecía ser el único país en el que la preparación de la directiva sobre el plomo desencadenó reacciones públicas tras el lanzamiento de una campaña sindical de sensibilización. Esta movilización es la causa de que el gobierno italiano se posicionara a favor de la definición de valores límite que procuraran una mayor protección tanto a hombres como a mujeres.

98. Automobile Workers vs. Johnson Controls, Inc., 499 U.S. 187 (1991). La sentencia fue dictada el 20 de marzo de 1991.

99. Una de las principales fuentes de exposición atmosférica al plomo viene dada por la antigüedad de los edificios (especialmente cuando éstos contienen pintura a base de plomo o tuberías de este metal). Este factor es el origen de muchas desigualdades sociales en materia de salud.

100. Directiva del Consejo del 27 de noviembre de 1980, DOCE, L 327 de 3 de diciembre de 1980, p. 8.

voluntad política de los Estados miembros por avanzar hacia la puesta en marcha de una política comunitaria de salud laboral.

Para evitar cualquier anacronismo, presentaremos aquí un breve resumen de la evaluación de riesgos del plomo en base a los datos disponibles de los debates acerca de la adopción de la directiva comunitaria a principios de los años 80. No pretendemos iniciar una discusión sobre dicha evaluación. Lo que nos interesa es saber cuáles eran los elementos de información con los que contaban los legisladores comunitarios para establecer su decisión. La principal fuente de datos disponible sobre medicina del trabajo a principios de los 80 es Pézerat (1985). Esta fuente se completa con el informe de una seminario organizado por la Universidad de Amsterdam sobre los valores límite del plomo (1976), así como los documentos de los archivos del BTS que incluyen notas redactadas por expertos vinculados al movimiento sindical durante el periodo de negociación de la directiva sobre el plomo.

La exposición al plomo presenta riesgos tanto para los hombres como para las mujeres. No se observan diferencias significativas entres los dos grupos con respecto a muchos de los efectos nocivos del plomo. El plomo provoca principalmente daños en el sistema nervioso central y patologías renales, cardiovasculares y gastrointestinales. En la época en la que se elaboró la directiva, los efectos cancerígenos del plomo eran considerados como hipotéticos.

Asimismo, el plomo tiene efectos nocivos sobre el feto. Cuando no era posible recurrir a abortos médicos, a veces se utilizaban sales de plomo para provocar abortos. Las exposiciones al plomo de la madre se asocian a abortos espontáneos, muertes fetales, nacimientos prematuros y malformaciones y alteraciones del crecimiento fetal. El feto acumula el plomo en el cerebro y en los huesos.

El plomo causa también alteraciones en la fertilidad que se manifiestan por alteraciones de la libido y que se asocian a una pérdida de producción de esperma en los hombres y modificaciones en el ciclo ovulatorio en las mujeres.

La Comisión presentó la propuesta de directiva el 10 de diciembre de 1979[101]. Nos limitaremos a presentarla en líneas generales para concentrarnos después sobre la dimensión de género.

101. DOCE, C 324 de 28 de diciembre de 1979, p. 3.

La directiva se basa en dos tipos de valores límite:

- Valores límite de exposición atmosférica, que establecen la cantidad de plomo en el aire (se trata de una media ponderada en función del tiempo, con una media de 40 horas semanales)
- Valores límite biológicos sobre la presencia de plomo en el organismo humano. Se utilizan dos parámetros: uno es el nivel de plomo en la sangre y el otro resulta del análisis de la orina que mide el ácido delta-aminolevulínico. Esta medida constituye un indicador del bloqueo de la síntesis de la hemoglobina por el plomo.

No profundizaremos aquí en los debates técnicos sobre estos valores límite, nos limitaremos tan sólo a examinar dos de ellos.

La Comisión intervino en septiembre de 1976 en un seminario internacional sobre los valores límite relativos al plomo[102]. Este seminario se organizó en la Universidad de Amsterdam con la participación de 38 científicos expertos internacionales. Las organizaciones sindicales no fueron invitadas. Sin llegar a un acuerdo sobre lo que debería constituir un valor límite basado en la salud, los expertos concluyeron que el nivel de plomo en la sangre de los hombres trabajadores no debía exceder los 60 µg Pb/100 ml. Sin embargo, añadieron que era aconsejable estar por debajo de ese límite teniendo en cuenta los efectos observados entre 45 y 50 µg Pb/100 ml sobre la producción de hemoglobina y entre 50 et 60 µg Pb/100 ml sobre la conducción nerviosa. En el caso de las mujeres, los expertos consideraban que sería una práctica sana mantener el nivel de plomo en la sangre por debajo de 40 µg Pb/100 ml.

102. El informe sobre este seminario ha sido publicado en *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 39, pp. 59-72.

Los valores límite de referencia propuestos por la Comisión eran algo menos exigentes que los de los expertos. Los valores incluidos en la propuesta de la Comisión quedaban como sigue:

- Exposición al plomo en el aire: 150 µg/Nm^3. Este valor debía disminuir a 100 µg/Nm^3 a partir del 1 de enero de 1985;
- Tasa individual de nivel de plomo en la sangre: 70 µg Pb/100 ml. Este valor debía disminuir a 60 µg Pb/100 ml a partir del 1 de enero de 1985.

Los Estados miembros podían gozar de una excepción y ampliar el periodo de adaptación hasta el 1 de enero de 1989.

La propuesta añadía que "teniendo en cuenta los efectos tóxicos potenciales sobre el feto", se aplicarían los valores límite biológicos que se detallan a continuación a "las mujeres en edad fértil". El límite propuesto para el nivel de plomo en la sangre era 45 µg Pb/100 ml.

La propuesta añadía que las mujeres embarazadas serían apartadas de cualquier exposición al plomo sin resolver los problemas planteados por posibles pérdidas de salario o por la imposibilidad de seguir trabajando.

En el caso de que se excedieran los valores límite de exposición atmosférica, se debían aplicar medidas preventivas para reducir dicha exposición.

Lo mismo ocurría en el caso de que se excedieran los valores límite biológicos. Una vez aplicadas las medidas preventivas, el trabajador no podía permanecer expuesto al plomo si se sobrepasaban estos valores.

Era la primera vez que una propuesta de directiva introducía la noción de "las mujeres en edad fértil[103]". La mayor parte de las trabajadoras se encuentran en intervalos de edad en los que están en edad de procrear. Por otro lado, la propuesta no precisaba cuáles serían los posibles medios de diferenciar "las mujeres en edad fértil" de las otras trabajadoras. Si una trabajadora quería evitar perder su trabajo, ¿estaría autorizada a presentar un certificado médico que asegurara que se había sometido a una esterilización o que era estéril por otras razones (por ejemplo, tras la menopausia)? La explicación de la Comisión sobre la inclusión de esta categoría es poco clara. Se trataría de "trabajadores particularmente sensibles[104]". El empleo del masculino es revelador tratándose de un grupo compuesto exclusivamente por mujeres: la norma es masculina, el femenino se encuentra en la calificación de una particularidad concreta. ¿Pero qué quiere decir una particularidad concreta cuando se trata del 50% de la población en edad de trabajar? ¿Podemos alcanzar a imaginar una regulación sobre riesgos reproductivos que diferenciara entre hombres fértiles y hombres estériles para fijar los valores límites en función de la exposición profesional al plomo?

La propuesta de directiva suscitó numerosos debates. Analizaremos aquí sólo los relativos a los valores límite diferenciados y su impacto en la salud.

103. Diez años más tarde se adoptó un planteamiento similar en la directiva sobre protección de la maternidad en lo referente a la información sobre la evaluación de riesgos.

104 Véase documento COM (79) 699 final, p. 3.

Las organizaciones sindicales se opusieron a la propuesta en dos puntos.

Éstas consideraban que los valores límite biológicos diferenciados conducirían a la exclusión de las mujeres de algunas actividades. Ciertamente, los empresarios tenían un evidente interés económico contratando a hombres, lo que reduciría su obligación de adoptar medidas preventivas generadas en base a parámetros biológicos individuales.

Por otro lado, la directiva no obligaba a los empresarios a garantizar un empleo a personas que hubieran sido apartadas de sus puestos de trabajo porque hubieran superado los valores límite biológicos. En consecuencia había un doble peligro de discriminación hacia las trabajadoras: con respecto a la contratación y por el despido justificado a consecuencia de una inaptitud médica.

Además, los valores límite propuestos garantizaban sólo una protección reducida en relación a los datos médicos disponibles. De este modo, según Pézerat (1985), se podría proponer el siguiente cuadro, que muestra que el valor límite 60 µg Pb / 100 ml es insuficiente.

Cuadro 12: **Efectos constatados sobre la salud del nivel de plomo en la sangre según los datos disponibles hacia 1985**

20-25 µg Pb/100 ml	Aparición de las primeras anomalías detectadas en los cromosomas
35 µg Pb/100 ml	Aparición de las primeras alteraciones en la fertilidad
40 µg Pb/100 ml	Posibles alteraciones en las funciones sexuales Posibles alteraciones fetales (otras fuentes de la misma época situaban el máximo en 30 µg Pb / 100 ml). A ciencia cierta, obstáculo para la síntesis de la hemoglobina Otras fuentes de la misma época señalaban igualmente alteraciones en la conducción nerviosa periférica
45 µg Pb/100 ml	Riesgos de anemia

Fuente: Pézerat (1985) y archivos del BTS

Sin embargo, las organizaciones afiliadas a la Confederación Europea de Sindicatos no tenían necesariamente las mismas prioridades. Para algunas, el punto menos aceptable de la directiva era la discriminación. Para otras era primordial definir mejores valores límite. Finalmente se alcanzó un consenso sobre una propuesta de compromiso: la CES pidió que al término de un periodo de transición que concluyera el 1 de enero de 1989, se adoptaran valores límite biológicos idénticos para hombres y mujeres. En lo referente al nivel de plomo en la sangre, se fijó como límite 45 µg Pb/100 ml[105].

105. Circular del 9 de octubre de 1980 de M. Hinterscheid a los diputados del Parlamento Europeo (archivos del BTS). Retrasarlo hasta el 1 de enero de 1989 implicaba una concesión por parte de la CES. En una nota sin fecha dirigida al Comité Económico y Social (posiblemente del primer semestre de 1980), se propone adoptar como único valor límite 45 ?g Pb/100 ml sin periodo de transición, y se pide que este valor se reduzca con posterioridad. Asimismo, la misma nota solicita la reducción del límite de exposición atmosférica a 100 ?g Pb/Nm3.

La patronal se pronunció a favor de valores límite menos exigentes que los propuestos por la Comisión. Hemos podido consultar en los archivos del BTS dos documentos de la patronal presentados en el Comité Económico y Social en 1980[106]. La patronal británica proponía determinar las actividades a partir de un único valor límite biológico individual, lo cual permite minimizar desde un principio los gastos de una prevención colectiva. Basta con organizar un sistema de rotación de los trabajadores, una práctica habitual en el caso de trabajadores de empresas externas de la industria nuclear, donde se puso en marcha una gestión del empleo en función de la dosis de radiaciones ionizantes. Por otro lado, el valor límite propuesto por la patronal británica era particularmente elevado: "La salud y el bienestar de un trabajador de sexo masculino expuesto al plomo, y que goce de un estado de salud satisfactorio, no se verán afectados de manera considerable si el nivel de plomo en la sangre de dicho trabajador no supera los 80 µg Pb/100 ml". Podemos observar el carácter poco preciso de estas afirmaciones: la salud no se verá afectada de manera considerable (después de todo se podría justificar un pequeño sacrificio) y se considera que los trabajadores deben gozar "de un estado de salud satisfactorio". En realidad, el valor propuesto de 80 µg Pb/100 ml no se basa en ninguna evaluación sanitaria. Era el valor límite que la legislación británica consideraba en esta época "razonablemente aplicable". Pero, sobre todo, lo que asombra del texto de la patronal británica era la ausencia de cualquier alusión a las trabajadoras. El valor límite propuesto se supone que protege a los trabajadores masculinos, pero se abstiene de comentar las propuestas de la Comisión sobre las mujeres. Una de dos, o la patronal británica no ponía ninguna objeción a un valor límite biológico mucho más protector para las mujeres en virtud de la salud del feto, o asumía como evidente que sólo los trabajadores masculinos tenían que trabajar con el plomo. El Comité de enlace de las Industrias de Metales no Ferrosos de la Comunidad Europea, por su parte, adoptaba un enfoque mucho menos dramático que la patronal británica, ya que no consideraba que la directiva propuesta pudiera provocar una catástrofe económica. En líneas generales, sostenía la propuesta de la Comisión y se ceñía a propuestas de enmienda sobre aspectos secundarios: el papel cada vez más relevante de los médicos del trabajo (en la determinación de la periodicidad de los exámenes médicos y de la incapacidad laboral) y la marcada preferencia por equipos de protección respiratoria como alternativa a las medidas de prevención en origen. La nota del Comité de enlace no incluía el más mínimo comentario acerca de las mujeres.

106. Se trata del documento R/CES 304/80, que procede el Comité de enlace de las Industrias de Metales no Ferrosos de la Comunidad Europea y del documento R/CES 305/80 que procede de la "industria británica" (se trataría, con mucha probabilidad de un texto de la CBI, Confederación de la Industria Británica).

Los Estados miembros estaban divididos tanto en lo relativo a los valores de exposición como en lo relativo a la discriminación entre hombres y mujeres.

Según un especialista italiano, Luigi Rossi[107], en esta época las legislaciones nacionales se caracterizaban por importantes diferencias en lo que se refiere a la exposición de las trabajadoras al plomo. Tres países no hacían ninguna diferencia entre hombres y mujeres (Francia, Dinamarca y Holanda). El Reino Unido retomaba el criterio de la Comisión y adoptaba disposiciones que restringían la exposición al plomo de las "las mujeres en edad fértil" (con un valor límite de 40 µg Pb/100 ml). Alemania adoptó una línea de discriminación según la edad: las mujeres menores de 45 años no podían trabajar con plomo si el valor límite superaba los 40 µg Pb/100 ml. Dos países (Luxemburgo y Bélgica) adoptaron medidas restrictivas para todas las mujeres. Grecia prohibió el trabajo que implicara la exposición al plomo a las mujeres.

107. Documento de Luigi Rossi, del Instituto Superior de la Salud con motivo de una conferencia sindical en diciembre de 1982 (archivos del BTS). En la pagina 20 se presenta un cuadro de las legislaciones nacionales. No hemos podido verificar toda la información contenida en este informe.

Asimismo, las posturas de los Estados sobre los valores límites propuestos diferían, por lo que se formaron dos bloques[108]. Por un lado, el Reino Unido, Alemania e Irlanda apoyaban las posturas más duras de la patronal y apostaban por un valor límite de exposición atmosférica de 150 µg/Nm^3 (Grecia estaba de acuerdo en este punto) y un valor límite biológico de 80 µg Pb/100 ml. Por otro lado, Bélgica, Dinamarca, Italia, Luxemburgo y Holanda (apoyados por Francia) auspiciaban un valor límite de exposición atmosférica de 100 µg/Nm^3 y un valor límite biológico de 60 µg Pb/100 ml. Francia y Grecia se encontraban en una posición intermedia al defender un valor límite biológico de 70 µg Pb/100 ml.

108. Datos recogidos del citado documento de Luigi Rossi, p. 30.

La discusión de la propuesta se llevó a cabo en varias etapas. En primer lugar, el Comité Económico y Social estudió el proyecto. El texto fue aprobado el 24 de septiembre de 1980 con 80 votos a favor, uno en contra y 20 abstenciones, y se basaba en un informe preparado por un representante de la patronal alemana. Dicho texto podría aparecer en un manual sobre las piruetas del lenguaje consensual de ciertos organismos que se supone que representan a una "sociedad civil" dividida en intereses sociales opuestos. Se trata de un recorrido sinuoso entre unas afirmaciones que van en la dirección de las reivindicaciones sindicales y otras que retoman los argumentos de la patronal. Es difícil encontrar enmiendas a ese texto salvo para los aspectos secundarios. En líneas generales, cuando alguna cuestión suscita polémica, se recomienda la elaboración de un estudio posterior conducido por especialistas. La cuestión de la

discriminación de las trabajadoras se despacha rápido en algunas líneas contradictorias.

Bajo el título "igualdad de trato entre hombres y mujeres", el texto se formula en los términos siguientes: "En lo referente a las medidas especiales de protección hacia las trabajadoras en edad fértil y de las trabajadoras embarazadas, el Comité está de acuerdo con las disposiciones de la propuesta de la directiva. El objetivo de la prevención debe ser la reducción de los riesgos vinculados a la exposición nociva al plomo, de manera que no haya diferencias en el trato entre hombres y mujeres". En realidad, la primera frase acepta la adopción de medidas discriminatorias mientras que la segunda se limita a un acto de fe: el progreso técnico acabará de manera natural con las discriminaciones. La conexión entre las dos propuestas carece de toda lógica. Precisamente, la adopción de reglas diferenciadas permitirá a los empresarios seguir contratando a hombres con niveles superiores de exposición al plomo. La prevención se organizaría pues de forma que se mantuviera la discriminación.

La directiva del Parlamento Europeo adoptada el 7 de abril de 1981[109] aporta dos propuestas de enmienda a la disposición que instauraba un régimen discriminatorio con respecto a las trabajadoras. Esta directiva retoma el proyecto de compromiso que la CES le había propuesto, especificando que los valores límite específicos para las "mujeres en edad fértil" se podrían aplicar posteriormente al resto de trabajadores. El valor límite biológico de 45 µg Pb/100 ml debía hacerse extensivo a todos los trabajadores a partir del 1 de enero de 1985 (con posibles prórrogas hasta el 1 de enero de 1989). La segunda enmienda propuesta por el Parlamento versa sobre las trabajadoras embarazadas. Recordemos que éstas deben permanecer alejadas de cualquier riesgo vinculado con la exposición al plomo. El Parlamento requiere que, tras la baja por maternidad, estas trabajadoras recuperen el puesto que ocupaban antes de su embarazo. Sin embargo, no se pronuncia sobre el hecho de que ninguna disposición garantice el salario durante el periodo de baja.

109. DOCE, C 101 de 4 de mayo de 1981, pp. 14 y ss.

Entre las demás enmiendas propuestas por el Parlamento, hay una en particular que merece especial atención. El Parlamento muestra su preocupación sobre la exposición al plomo ligada al trabajo doméstico en caso de que la ropa de trabajo o de protección se lave en el domicilio del trabajador, y propone que se prohíba expresamente esta práctica. La empresa debe encargarse del lavado de la ropa de trabajo o confiar esta tarea a una

empresa externa que esté informada de los riesgos previamente y por escrito [110].

La última etapa se desarrolló en el Consejo de Ministros. No hemos podido consultar las actas de las reuniones, sin embargo, algunos documentos de los archivos del BTS nos permiten reconstruir los debates más importantes.

Según Luigi Rossi, la eliminación de las disposiciones relativas a las "mujeres en edad fértil" fue el resultado de la unión entre tres países (Francia, Dinamarca y Holanda), la CES, organizaciones de mujeres y el Parlamento Europeo[111]. Italia defendía posiciones opuestas y quería mantener valores límite biológicos diferenciados entre hombres y mujeres. De este modo, intentó alcanzar un compromiso en el que planteaba la posibilidad de mantener informadas a las mujeres de los riesgos y ofrecerles la posibilidad de retirarse voluntariamente, en lugar de apartarlas cuando superaran el valor límite biológico de 45 µg Pb/100 ml. El compromiso final consistió en suprimir cualquier diferencia en los valores límite biológicos. Al mismo tiempo, desapareció cualquier protección específica de las mujeres embarazadas. El artículo primero, párrafo 3º fue redactado en términos poco concretos para permitir así a los Estados miembros que mantuvieran o adoptaran valores límite diferenciados para los trabajadores (lo que resultaba obvio dado que la directiva fijaba normas mínimas) o para "una categoría en particular de trabajadores". Esta formulación permitía reglamentar de forma diferente si se trataba de hombres o de mujeres[112].

La estructura de la propuesta fue transformada en profundidad para poder llegar a un acuerdo sobre los demás aspectos de la directiva. Cada valor límite fue desdoblado para establecer por un lado un umbral de acción mínima y por otro un límite que no se habría de superar. La parte más importante del debate en el Consejo fue la discusión sobre los cuatro valores límite.

En diciembre de 1981, las divergencias llevaron la situación a un punto de bloqueo. El gobierno alemán apoyaba las reivindicaciones de la patronal, Italia defendía un nivel de protección más alto y adoptaba la línea de las propuestas sindicales y los demás Estados apoyaban los compromisos propuestos por la Comisión. La presidencia británica formuló una propuesta conciliadora (bastante cercana a las posturas de la patronal) que fue rechazada.

110. La enmienda formula de forma explícita lo que la propuesta daba como implícito. Dicha enmienda, sin embargo, aporta datos precisos sobre la información previa de las empresas externas y su planteamiento es sin duda útil en la medida en que el lavado de la ropa de trabajo en el domicilio de los trabajadores, previo pago de una prima, era una práctica habitual. El texto final de la directiva de 1982 no recoge el planteamiento del Parlamento Europeo ni impone a las empresas externas de limpieza la obligación de informar por escrito.

111. Documento citado en la p. 11.

112. Según Rossi, este aspecto se menciona de forma explícita en una de las actas del Consejo.

El cuadro 13 muestra la polarización de las posiciones de Alemania, Italia y la propuesta conciliadora del Reino Unido en diciembre de 1981. La última columna recoge el contenido de la directiva adoptada en julio de 1982.

Cuadro 13: **Valores límite en la negociación de la directiva comunitaria sobre el plomo**

	Propuesta inicial de la Comisión	**Postura de Alemania**	**Postura de Italia**	**Propuesta de compromiso británico**	**Acuerdo final**
Nivel de acción: aire	40 µg /m3	75	40	75	40/75
Nivel de acción: sangre	35	50	35	40	40/50
Valor límite: aire	100	150	100	150	150
Valor límite: sangre	Hombres: 60 Mujeres: 45	80	50	70/80 (con una revisión tres años después de la entrada en vigor)	70 (80 en ciertas condiciones)

Fuente: circular de François Staedelin de la CES fechada el 4 de mayo de 1982.

Como se puede comprobar, se adoptaron básicamente las posturas de la patronal. Los valores límite atmosféricos son los propuestos por la patronal británica desde el principio de los debates y retomados después por el gobierno alemán. Los valores límite biológicos son ligeramente más favorables pero siguen estando alejados de los que cabría esperar para garantizar una plena protección de la salud. El compromiso consistió en multiplicar los valores de referencia, de manera que la directiva adquirió una gran complejidad[113]. El primer nivel de acción (40 µg/m^3 ó 40 µg/100 ml de sangre) sólo conlleva medidas mínimas: información a los trabajadores (lo cual, en la propuesta inicial, debía estar garantizado en cualquier caso desde que se produce una exposición al plomo) y medidas de higiene elemental (evitar fumar, beber y comer en el lugar de trabajo). El segundo nivel de acción (75 µg/m^3 en el aire ó 50 µg/100 ml de sangre) conlleva la aplicación de una vigilancia de las exposiciones y de la salud. Sólo se deben aplicar medidas preventivas (prevención colectiva para reducir las exposiciones, bajas individuales de trabajadores que superen los niveles de plomo en sangre admitidos) cuando se superan los valores límite más elevados (150 µg/m^3 en el aire ó 70 µg/100 ml de sangre).

El acuerdo final llegó al Consejo mediante el compromiso de mejorar las disposiciones de la directiva en 5 años. Tal y como

113. Hemos reducido al máximo la presentación de los diferentes niveles de acción para no hacer pesada la lectura de este párrafo. La directiva contiene casos particulares, derogaciones y disposiciones que son simples recomendaciones que no examinaremos aquí.

solía ocurrir con las directivas de salud laboral, este compromiso sirvió fundamentalmente para aplacar las malas conciencias. No se cumplió. Esta situación se repitió en directivas posteriores: en la directiva de 1986 sobre ruido y en la directiva de 1992 sobre protección de la maternidad. La directiva de 1982 fue derogada por la nueva directiva de 1998 sobre riesgos vinculados a agentes químicos[114]. Cabía esperar una revisión de los valores límite fijados en el compromiso de 1982, pero no fue el caso. La nueva directiva seguía fijando un valor límite biológico de 70 µg/100 dl de sangre y un valor límite de exposición en el aire de 150 µg/m^3. En realidad, los valores límite biológicos de 1998, los mismos que se presentaron como valores provisionales en 1982, supusieron un claro retroceso de los niveles de prevención requeridos en las empresas. Se han acometido importantes mejoras en el ámbito de la prevención de exposiciones medioambientales al plomo. La incorporación al mercado de la gasolina sin plomo, la aplicación de normas mucho más estrictas sobre la calidad del agua potable y la reducción de las exposiciones al plomo vinculadas a la antigüedad de los edificios han contribuido al descenso generalizado de los niveles de plomo en la sangre de la población urbana de la UE. De este modo, el nivel de plomo en la sangre de la población adulta de París, Marsella y Lyon disminuyó en torno al 50% entre 1979 y 1995 (INSERM, 1999, pp. 267-269). Se han constatado procesos similares en los demás países de la UE. Mantener el mismo valor límite biológico en los lugares de trabajo supone un esfuerzo menor hoy en día que hace quince años, lo cual podría privar a los trabajadores expuestos al plomo de los beneficios de una reducción general de los niveles de plomo en la sangre de la población. En cuanto al valor límite de exposición atmosférica, la experiencia de otros países muestra, al mismo tiempo, que es posible reducir este valor y que dicha reducción es indispensable si se quiere proteger la salud. En Noruega se fijó un valor límite de 100 µg/m^3 en el año 1979 para reducirlo a 50 µg/m^3 dos años más tarde. A pesar de la significativa reducción de las exposiciones al plomo en los lugares de trabajo, se siguen observando daños contra la salud reproductiva, sobre todo en el caso de las mujeres (Irgens et al., 1998).

Un compromiso tan mediocre implica que el precio de la igualdad haya sido elevado[115]. Las mujeres han accedido a ciertos puestos de trabajo con la condición de aceptar los mismos niveles de toxicidad que sus colegas masculinos. Pero, ¿ha contribuido la igualdad jurídica formal de las condiciones de acceso al trabajo a una verdadera desagregación de los puestos de trabajo? Podríamos ponerlo en tela de juicio. Según las estadísticas del HSE británico (HSE, 2001, p. 112), 17.600 trabajadores

114. DOCE, L 131 de 5 de mayo de 1998, p. 11.

115. En la etapa final, durante el primer semestre de 1982, la cuestión de la igualdad desaparece casi por completo de los debates. El argumento principal para introducir la propuesta se refiere al futuro de la producción legislativa comunitaria. Otras directivas estaban en proceso de creación (sobre el amianto, el ruido y el benceno). La adopción de la directiva era considerada una necesidad para no poner en peligro el futuro del programa legislativo (este argumento aparece en particular en la carta de François Staedelin mencionada anteriormente).

estaban sometidos a una vigilancia sanitaria a causa de su exposición al plomo, de los cuales el 95% eran hombres.

Incertidumbres de la Directiva Marco de 1989: ¿pertenecen las trabajadoras del hogar al mundo del trabajo?

En la obra de Jean Genet, *Las Criadas*, Claire, una de las sirvientas exclama, identificándose con su señora: "El servicio doméstico no pertenece a la humanidad. Se escurre. Es una exhalación que deambula por nuestras habitaciones, nuestros pasillos, que nos penetra, nos entra por la boca, que nos corrompe" [116]. En uno de los pocos libros consagrados al servicio doméstico, Judith Rollins (1985) manifiesta que una de las actitudes más degradantes que este colectivo tiene que soportar a menudo es que se ignore su existencia. Las mujeres del servicio doméstico se consagran a sus ocupaciones en una habitación mientras que sus señoras conversan. En su presencia se pueden abordar los temas más delicados, revelar confidencias, criticarlas o alabarlas: todo ocurre como si fueran seres invisibles, incapaces de escuchar o de comprender.

116. Genet, J. (1978), *Les bonnes*, París: Marc Barbezat-L'arbalète, p. 100.

Los legisladores comunitarios nunca han adoptado un punto de vista tan radical. Reconocen la existencia del servicio doméstico (se trata incluso de un "yacimiento de empleos", tal y como se denomina hoy en día). Simplemente, dudan del hecho de que los trabajadores del hogar puedan pertenecer al mundo del trabajo.

Las políticas proteccionistas excluyentes a menudo se han caracterizado por una especie de doble modelo. Algunas reglas más estrictas (en ocasiones totalmente excluyentes) se referían al trabajo industrial de las mujeres, mientras que sectores enteros de la economía carecían de regulación desde el punto de vista de la salud laboral. Así pues, la prohibición existente a priori sobre el trabajo nocturno de las mujeres, nunca ha limitado el trabajo nocturno de las enfermeras. El "sexo débil" no merecía la atención del legislador en sectores en los que no compitiera con el sexo fuerte y en los que los riesgos profesionales pudieran ser atribuidos a ciertas "tareas naturales" (especialmente en la agricultura, el trabajo a domicilio y el trabajo doméstico remunerado). A pesar de que la mayoría de estos sectores están cubiertos por la legislación comunitaria, sigue existiendo una importante excepción: el trabajo doméstico remunerado.

Las directivas adoptadas no incluyen a los trabajadores del hogar en su campo de aplicación. Tal medida constituye un claro ejemplo de discriminación indirecta. Nadie ignora que los trabajadores del hogar son, en su mayoría, mujeres.

El sector del trabajo doméstico ha experimentado un fuerte crecimiento en los países de la UE a lo largo de los últimos años. Varios factores han contribuido a este fenómeno, como el aumento del número de hogares donde trabajan dos adultos, el aumento de personas mayores que viven solas, etc. Aunque es difícil precisar el volumen de trabajadores de este sector, los datos nacionales son claros[117]. En Francia, según el IRCEM (Instituto de pensión complementaria de los empleados domésticos), el número de trabajadores de este sector habría pasado de 467.000 en 1991 a 837.000 en 1997, de los cuales un 90% corresponde a mujeres de la limpieza. En Alemania, según unas estimaciones hechas en 1994, 2,8 millones de hogares recurrían de forma regular a una asistencia doméstica, a los que habría que añadir 1,4 millones que lo hacían esporádicamente. En Italia habría aproximadamente 1.400.000 trabajadores del hogar, de los que el 90% son mujeres118. El 50% de estos trabajadores son inmigrantes[119]. Del total de trabajadores del hogar en Italia, sólo un 18% estaría inscrito en la Seguridad Social.

Por otro lado, en la mayor parte de los países de la UE, el trabajo doméstico remunerado es realizado por mujeres inmigrantes o de origen extranjero. Su situación legal puede variar, y algunos factores culturales o lingüísticos pueden acentuar el aislamiento social que caracteriza a menudo este trabajo. El trabajo no declarado está muy extendido incluso entre las personas con residencia legal. Son pocos los países donde los trabajadores del hogar están cubiertos por los convenios colectivos[120]. Por lo general, las inspecciones de trabajo no intervienen en este sector. Todos estos factores contribuyen a situar a las trabajadoras del hogar en una situación de alta precariedad. Teniendo en cuenta los problemas de salud laboral de esta categoría de trabajadores, es difícil entender las motivaciones para que sigan en un vacío jurídico. En base a las actuales disposiciones del derecho comunitario, las trabajadoras del hogar no tienen derecho a baja por maternidad ni a un día de descanso semanal. No se ha fijado ningún límite en cuanto a su jornada laboral y están al margen de cualquier norma de protección frente a los riesgos del trabajo. Ninguna norma comunitaria las protege frente al despido durante el embarazo[121]. El concepto que subyace y que parece inspirar esta idea es el siguiente: el trabajo doméstico remunerado es concebido como una simple

117. Las deducciones que se extraen de este párrafo sobre Francia y Alemania proceden del informe 2000/2021 del 17 de octubre de 2000 de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades del Parlamento Europeo sobre la normalización del trabajo doméstico en la economía informal (Doc. A5-0301/2000 FINAL).

118. Apreciación de Rassegna Sindacale, 12 de marzo de 2001.

119. Audiencia pública de FILCAMS en el Parlamento Europeo, 19 de septiembre de 2000, *http://www.filcams.cgil.it*

120. Italia representa una excepción a este respecto. El primer convenio colectivo sobre trabajo doméstico se remonta a 1974. El convenio actual (terminado en 2001) prevé un máximo de 55 horas de trabajo semanal para los trabajadores internos y 48 horas para los externos.

121. En Italia hubo que esperar hasta marzo de 2001 para que el nuevo convenio colectivo sobre trabajo doméstico prohibiera el despido durante el embarazo.

prolongación del trabajo no remunerado que, "de forma natural", es asunto de las mujeres. Esta perspectiva de la división del trabajo permite negar tanto los riesgos inherentes a cualquier trabajo doméstico (remunerado o no) como los riesgos específicos que el nivel salarial introduce o incrementa.

La exclusión de las trabajadoras del hogar del derecho común en materia de salud y seguridad se ha vinculado históricamente a la idea de que se encuentran bajo la tutela benévola de una familia y que no corresponde a las autoridades intervenir en el espacio privado del hogar. Françoise Battagliola (2000) hace alusión a un debate significativo que tuvo lugar en 1900 en el transcurso del Congreso Internacional de la condición y los derechos de las mujeres. A los/las participantes que pedían que las sirvientas gozaran de las mismas condiciones de descanso y de higiene que las obreras y las trabajadoras de tipo administrativo, otras respondían que era una reivindicación sin sentido y que, además, si las sirvientas disponían de tiempo libre, no estarían vigiladas, abandonadas al peligro de malas compañías. Un estudio sobre el trabajo doméstico en Bélgica en el siglo XIX (Piette, 2001) precisa la situación: "El control del servicio doméstico ha servido de modelo para el control de los obreros, especialmente gracias a la de poseer la cartilla de trabajo y a la promulgación del artículo 1781 del Código Civil[122] (...). Mientras que la condición de los obreros se modula a lo largo del siglo a través de una serie de normas y de logros sociales, al mismo tiempo, el servicio doméstico se excluye sistemáticamente (y explícitamente) de las medidas de protección y de regulación. (...). La representación del servicio doméstico y la de la moral van a la par durante todo el siglo. La delincuencia es un fenómeno que se da entre algunos empleados domésticos. Se convertirá en un verdadero fantasma y se extenderá a los demás aspectos de la conducta de la servidumbre, con un giro obsesivo cuando se trate de la sexualidad. He intentado comprender esta delincuencia (por ejemplo, los robos domésticos), pero también la violencia que se ejerce en revancha contra las sirvientas (acoso sexual), su sexualidad y su prolongación, la maternidad, ya sea aceptada o rechazada. De este modo, abordaré el tema del infanticidio que, al ser un fenómeno marginal, se presenta como el espejo extremo de una soledad moral que caracteriza a esta profesión".

Los pocos datos disponibles sobre el trabajo doméstico asalariado indican que se trata de un sector con importantes riesgos[123].

El análisis de las estadísticas belgas sobre accidentes laborales muestra que los trabajadores del hogar están expuestos a

122. El artículo 1781 del código civil francés (código Napoleón) indica que en caso de controversia entre un amo y un sirviente sobre la remuneración, la palabra que prevalece es la del amo. Este artículo se aplicó a las relaciones entre obreros y patrones hasta su derogación en 1866 en Francia (en 1883 en Bélgica).

123. No existen muchos estudios sobre las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas. Nos referiremos en particular a Rollins (1985). El único estudio sobre los accidentes laborales de las trabajadoras domésticas remuneradas que hemos podido consultar procede de Brasil (Santana, 2003). En él se destaca un "exceso de accidentalidad" significativo en este sector en relación a otros sectores de actividad.

muchos riesgos. Los datos de 1998 (FAT, 1999) evidencian una porcentaje de peligro general muy superior a la media del sector privado (12,10/1000 frente a 2,18/1000). Por otro lado, las estadísticas del año 2000 (FAT, 2001) sugieren el elevado índice de trabajo no declarado. En el caso de los trabajadores del hogar, un cuarto de los accidentes declarados pasan a ser una invalidez permanente, mientras que esto sólo ocurre en un 12% del total de accidentes laborales. En 2000, más de un 2% de los trabajadores del hogar han sido víctimas de una invalidez permanente, frente al 0,7% del conjunto de los trabajadores cubiertos por la Seguridad Social.

Aparte del riesgo de accidentes, existen otros importantes: exposición a sustancias químicas sobre las que las trabajadoras no poseen información alguna, largas jornadas laborales, riesgos de enfermedades contagiosas, especialmente en el caso de contacto con niños enfermos, riesgos de violencia y de acoso sexual o psíquico, etc. Existe abundante información sobre prácticas coercitivas cercanas al trabajo forzoso ejercidas sobre trabajadoras del hogar provenientes de países no miembros de la UE y cuya residencia a veces está condicionada por el hecho de seguir trabajando para el mismo empleador[124]. En el Reino Unido, la red Kalayaan ha denunciado que ciertos empleadores confiscan los pasaportes de trabajadores del hogar, de manera que los mantienen en una situación cercana a la esclavitud[125]. En Francia, el Comité contra la esclavitud moderna ha emprendido acciones contra estas formas de trabajo forzado. De 261 expedientes analizados en 2001, el 76% eran casos de mujeres (en su mayoría procedentes de África). Más del 88% de las víctimas padecieron violencia psicológica, más del 44% violencia física y cerca del 18% violencia sexual.

Más allá de los riesgos específicos, que forman una lista interminable, la propia naturaleza del trabajo doméstico remunerado conduce a un estatus social generalizado que puede poner a las personas en una situación extremadamente frágil. Esta situación ha sido analizada en Francia desde 1961[126]. Le Guillant observó el elevado número de mujeres bretonas internadas en su servicio de un hospital psiquiátrico de París[127]. En aquella época, las mujeres bretonas suponían una importante reserva de mano de obra para el trabajo doméstico. Le Guillant inició un estudio de las incidencias psicopatológicas del trabajo doméstico remunerado, intentando demostrar que la acumulación excesiva de relaciones de subordinación constituía una condición preponderante que marcaba todas las dimensiones de la existencia. Hacía referencia a la dialéctica del amo y el esclavo de Hegel para explicar la fuerte carga de violencia en

124. La red europea RESPECT defiende los derechos fundamentales de los trabajadores y trabajadoras domésticos. Algunas de sus publicaciones se pueden consultar en *http://www.solidar.org/doclist.asp?SectionID=9*

125. Se pueden consultar los documentos de la red Kalayaan en *http://ourworld.compuserve.com/homepages/kalayaan/home.htm*

126. El caso de las hermanas Papin, dos sirvientas que asesinaron a su señora y la hija de ésta en 1933 en Le Mans, suscitó numerosos debates. Le Guillant escribió un estudio sobre las hermanas Papin. Eluard, por su parte, escribía en el periódico *Le surréalisme au service de la révolution* (El surrealismo al servicio de la Revolución): "Seis años soportaron, con la más absoluta sumisión, comentarios, exigencias e injurias. El temor, la fatiga y la humillación infundían lentamente en ellas el odio, un dulce alcohol que consuela en secreto porque promete a la violencia la llegada, tarde o temprano, de la fuerza física. Llegado el momento, Lea y Christine Papin le devolvieron su moneda al mal, una moneda de hierro candente".

127. Billiard (2001, pp. 205-225) hace una síntesis del trabajo de Le Guillant y analiza su papel en el estudio de las relaciones entre la salud mental y el trabajo.

las relaciones entre las "criadas" y sus amas. El rechazo social de esta dominación es en sí mismo un elemento constitutivo de esta violencia.

La propuesta inicial de la Comisión no preveía la exclusión del trabajo doméstico del campo de aplicación de la directiva marco, cuestión que no fue abordada en la primera lectura en el Parlamento Europeo. El Consejo de Ministros tomó la iniciativa de introducir esta exclusión cuando adoptó una postura común. Sólo dos países se manifestaron en contra: Alemania y Holanda (Vogel, 1994). Para los otros diez ministros de Trabajo, esta decisión era obvia, de sentido común. De este modo se confirma el rechazo social. Las "criadas" no tendrán derecho a la vigilancia de la salud que se concede a los demás trabajadores, ni a las inspecciones de trabajo.

Trabajadoras del hogar inmigrantes en España

En España no se conoce el número exacto de trabajadores domésticos. Según la red RESPECT, esta cifra se podría situar en torno a las 350.000 personas, de las que el 88% son mujeres. Del total, 151.000 trabajadores están afiliados al Régimen Especial de Empleados del Hogar de la Seguridad Social. En diez años, el número de trabajadores afiliados a la Seguridad Social ha descendido en 20.000 personas, mientras que el número de asalariados que declaran emplear a trabajadores del hogara no ha dejado de crecer. Estos datos revelan que la proporción de trabajo no declarado ha seguido aumentando. Asimismo, indican la creciente reticencia de las mujeres que tienen acceso al mercado laboral a garantizar las tareas del hogar. En un contexto en el que la participación de los hombres crece muy poco a poco, se produce una fuerte externalización de dichas tareas.

La precarización del trabajo en este sector está estrechamente vinculada al hecho de que la mayor parte de personas contratadas son mujeres que vienen de países no pertenecientes a la UE. El 84,4% de las personas registradas en el Régimen Especial de Empleados del Hogar son extranjeros (Parella Rubio, 2000, p. 279). Es de suponer que el porcentaje de trabajadores no declarados es aún mayor.

Actualmente, en España, la mayoría de las trabajadoras del hogar vienen de Latinoamérica (los tres países principales de origen son la República Dominicana, Perú y Ecuador), de África (principalmente de Marruecos) y de Asia (sobre todo de Filipinas). En el caso de las inmigrantes de origen no europeo, el mercado laboral está marcado por una segregación mucho más fuerte que en el de las españolas. El abanico de actividades que ofrece el mercado laboral a las inmigrantes extracomunitarias que disponen de permiso de residencia es extremadamente reducido: el 47,7% están contratadas como trabajadoras del hogar y el 8,2% trabaja en la industria hostelera. Se produce un contraste real con los hombres, para quienes el mercado laboral está más diversificado (aunque casi siempre se trata de empleos mal remunerados): agricultura (15,7%), construcción (10,7%), hostelería (10,1%), comercio (9,8%), trabajo doméstico (6,3%) (cifras de 1998 del Observatorio Permanente de la Inmigración citadas por Parella Rubio, 2000, pp. 278-279).

Distintos estudios sobre las condiciones de trabajo de las trabajadoras del hogar inmigrantes en España muestran dos situaciones bien diferenciadasb. Las trabajadoras internas que residen en el domicilio donde trabajan tienen, por lo general, jornadas laborales muy largas, cuyos límites son a menudo poco precisos. En la práctica, se les pide que estén disponibles para tareas "de baja intensidad", lo cual hace que no se considere este tiempo de trabajo como horas complementarias. Esta elasticidad entre jornada laboral y el "tiempo de presencia" está prevista explícitamente en la regulación españolac que establece que, además de la jornada laboral efectiva (limitada a 9 horas al día y 40 horas semanales), el contrato puede definir un" tiempo de presencia" durante el cual la trabajadora podrá ser requerida para realizar tareas que requieran poco esfuerzo. Evidentemente, este régimen va en contra de las disposiciones del derecho comunitario que, recordémoslo, no se aplican a estas trabajadoras. Un estudio sobre las trabajadoras del hogar dominicanas sitúa la media de las jornadas laborales en 11,9 horas al día, con casos que llegan a las 16 horas diarias. Estas largas jornadas laborales constituyen un grave problema para la mayoría de las trabajadoras que participaron en el estudio.

Cuando las trabajadoras se encuentran en situación ilegal, no es raro que se vean abocadas a una especie de secuestro en el domicilio del empleador. Herranz Gómez (1997) destaca: "El poco tiempo libre y los abusos en cuanto a la jornada laboral se convierten frecuentemente en una verdadera reclusión para muchos trabajadores ilegales de este sector. Al temor de los trabajadores a ser arrestados fuera del lugar de trabajo se añade el miedo de los empleadores a que arresten a sus trabajadores/as, pero también el miedo a que entren en contacto con el mundo exterior, barajar ofertas más interesantes y, finalmente, cambiar de trabajo. Un matrimonio de inmigrantes ilegales empleados en el mismo domicilio nos contaba en una entrevista que no solamente se les pagaba un único sueldo por el trabajo de los dos, sino que además sólo se les dejaba salir una vez a la semana y nunca juntos. Su descontento les lleva a buscar otro empleo pero, al no poder salir, no pueden comprar el periódico, que se lo lleva a escondidas la persona que trae el pan a casa".

Quienes trabajan de internas en una casa sufren la separación de sus familias, incluso cuando éstas se encuentran en España. Se observa un fenómeno migratorio marcado por una fuerte separación entre hombres y mujeres (dependiendo del sector de actividad, la localización geográfica, etc.). Por eso no es raro que marido y mujer vivan en domicilios diferentes y que se vean una vez a la semana en bares u otros lugares de encuentro. Se deduce de todo esto que las trabajadoras internas inmigrantes de hoy se diferencian de las generaciones precedentes, que provenían de las zonas rurales de España. Estas últimas eran, por lo general, jóvenes solteras para las que el trabajo interno se reducía a algunos años, antes de casarse. En contraposición, entre las actuales trabajadoras domésticas internas hay una importante proporción de mujeres casadas. El trabajo doméstico interno está a menudo vinculado a la necesidad de ahorrar una parte considerable del salario (de por sí bajo) para "enviar dinero al país". Las jornadas laborales de las trabajadoras externas que prestan servicios por horas en diferentes domicilios suelen estar más definidas, pero las tareas exigidas son mucho más intensas. Por lo general se les paga por horas, al contrario que las trabajadoras internas, que tienen un salario mensual. Las trabajadoras externas tienen empleos mucho menos estables que las internas.

a. El número de trabajadores asalariados que declaran contratar a empleados del hogar proviene de la Encuesta de Población Activa (EPA). En la EPA de 1991 eran alrededor de 330.000, y en la de 2000, esta cifra rondaba los 390.000.
b. Los datos sobre empleadas del hogar inmigrantes en España provienen de Gómez (1997) et Martínez Veiga (1997), pp. 189-195.
c. El trabajo doméstico remunerado en España está regulado por el Real Decreto 1424 del 1 de agosto de 1985 (BOE, 13 de agosto de 1985). Cabe destacar que este decreto permite contratar a empleados del hogar basándose en un simple contrato oral.

La directiva de 1992 sobre protección de la maternidad

En el ámbito de la salud laboral, la única directiva que menciona específicamente a las trabajadoras trata sobre la protección de la maternidad[128]. Se inscribe en la línea de las directivas sobre igualdad de oportunidades[129] y de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia[130], que sólo legitima una perspectiva diferenciada entre hombre y mujeres cuando se trate de datos biológicos o de maternidad. La maternidad se concibe como una situación excepcional, una particularidad de las mujeres. A decir verdad, la perspectiva del Tribunal de Justicia no se limita a la biología. Alrededor de esta "particularidad de la maternidad", el Tribunal ha desarrollado una interpretación que mezcla aspectos biológicos con la aceptación de una especie de misión natural de las mujeres en lo relativo a los hijos y que describe con una expresión lacónica: "relaciones particulares entre la madre y su hijo" (para un análisis crítico, ver Mc Glynn, 2000).

Nos parece que, lejos de constituir "estados de excepción" que permitan al derecho laboral alejarse de la regla de la igualdad establecida en función de un referente masculino, el embarazo y la maternidad se podrían tratar de forma mucho más coherente a través de un derecho a la igualdad concebido como instrumento de transformación de las condiciones sociales de desigualdad que pesan sobre las mujeres en la organización del trabajo humano. Dejando el terreno de la excepción biológica (vinculada casi inevitablemente a la anomalía, incluso a la patología) para moverse por el de las relaciones sociales, la directiva podría haber sido, sin lugar a dudas, incisiva y eficaz. En ese caso se trataría de regular las condiciones de trabajo de producción de forma que fueran compatibles con el trabajo de reproducción en sus diferentes dimensiones, a saber, sociales y biológicas. Esto habría justificado la imposición en todos los lugares de trabajo de una evaluación de riesgos que contemple desde un primer momento unas condiciones laborales compatibles con el embarazo, incluso antes de que la trabajadora se declare embarazada. De este modo se podría haber resuelto la contradicción existente entre una hipotética baja por maternidad y el cuestionamiento de ésta por la falta de garantías de ingresos.

Esta directiva contiene ambigüedades y carencias tanto en el ámbito de la salud laboral en sentido estricto como en el de la protección de los derechos (protección ante el despido, garantía de la remuneración, etc.). Nos centraremos aquí en los

128. Directiva del 19 de octubre de 1992 sobre la protección de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz o en periodo de lactancia, DOCE, L 348 de 28 de noviembre de 1992, p. 1. Para un análisis en profundidad, véase Ghailani (2002).

129. La Directiva 76/207 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, indica: "La presente Directiva no obstaculizará las disposiciones relativas a la protección de la mujer, especialmente en lo que se refiere al embarazo y a la maternidad".

130. El concepto de la jurisprudencia comunitaria sobre la maternidad y el embarazo basado en criterios biológicos o vinculados a las relaciones particulares que se suponen entre una madre y su hijo pequeño, se ve claramente en la sentencia del asunto Hofmann del 12 de julio de 1984 (Rec. 1984, p. 3.047).

aspectos vinculados directamente con las políticas de prevención en los lugares de trabajo. Ghailani (2002) propone un análisis crítico que profundiza en los otros aspectos de la directiva (garantía de la remuneración, no discriminación en lo que respecta al empleo, baja por maternidad de las trabajadoras autónomas, etc.).

La evaluación de riesgos tiene un papel fundamental en la directiva que, dicho sea de paso, no concreta ninguna medida preventiva. Se limita a definir factores de riesgo de forma no exhaustiva y a prever por que se tengan en cuenta dichos factores a la hora de definir las medidas preventivas. Desafortunadamente, la directiva es muy ambigua en cuanto a la forma de evaluar estos riesgos. Por un lado, el artículo 4.1 podría ser interpretado de forma restrictiva, al considerar que la evaluación de riesgos sólo se debe realizar en caso de que haya en la empresa mujeres embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en periodo de lactancia, que hayan informado a la empresa de su estado, y que dicha evaluación sólo se haga en los puestos de trabajo ocupados por estas trabajadoras. Por otro lado, el artículo 4.2 se opone a un concepto tan limitado, y prevé que hay que informar a las trabajadoras contempladas en el artículo 4.1 y/o a sus representantes, pero también a las trabajadoras que "pudieran" encontrarse en las situaciones enumeradas en la directiva (es decir, que pudieran estar embarazadas, haber dado a luz, etc.) Hay que reconocer que para que se pueda comunicar esta información, es necesario realizar antes una evaluación de los riesgos. Sería importante aclarar que esta evaluación debe contemplar todos los puestos de trabajo ocupados o que pudieran ser ocupados por mujeres. Este criterio, en nuestra opinión, significa todos los puestos de trabajo, sin excepción. Claro está, la mayoría de las mujeres en edad de trabajar podrían quedarse embarazadas y, en cualquier circunstancia, sería discriminatorio e iría contra el respeto a la vida privada permitir al empleador verificar si las trabajadoras que contrata "podrían" quedar embarazadas.

Esta interpretación va en la misma línea del artículo 5 de la directiva marco, que establece el orden de las medidas preventivas. Si se pretende realmente eliminar los riesgos a priori y favorecer las medidas colectivas y permanentes frente a las medidas individuales y provisionales, la evaluación de los riesgos llevada a cabo después de que la trabajadora comunique su embarazo no permite aplicar una política preventiva eficaz. La literatura científica muestra que los riesgos para el feto más importantes se concentran al principio del embarazo. En la mayoría de los casos, cuando se informa a la empresa del embarazo, es ya demasiado tarde par prevenir estos riesgos. Incluso

en un entorno en el que se favorece la comunicación previa del embarazo al empleador, ésta se lleva a cabo tras 7,5 semanas de gestación (Von Busch et al., 2002: este dato proviene de un estudio realizado entre mujeres militares del ejército del aire estadounidense; en el caso de mujeres de otros sectores, este hecho se comunica tras 10,9 semanas de gestación). El periodo crítico para el desarrollo del sistema nervioso central se sitúa entre la 3ª y la 5ª semana de gestación, para el desarrollo del corazón entre la 3ª y la 6ª semana. Para el desarrollo de brazos, piernas y ojos, ese periodo crítico empieza en la 4ª semana. En general, la mayor parte de los riesgos de malformaciones del embrión se concentran entre la 3ª y la 8ª semana de gestación, con otros momentos delicados en función de los órganos (Frazier et Hage, 1998, pp. 12-15). Esto quiere decir que, para la mayor parte de las mujeres, las medidas preventivas ante exposiciones a agentes teratógenos son ineficaces incluso en el supuesto más favorable de que se adopten de forma inmediata tras la comunicación del embarazo.

El único enfoque preventivo eficaz sería limitar la protección de la maternidad a algunas condiciones inherentes a la situación de las mujeres embarazadas (principalmente en el ámbito de la ergonomía, la jornada laboral y su intensidad, pero también en lo que se refiere a las radiaciones ionizantes y a la protección reforzada contra ciertos agentes infecciosos) y adoptar una política mucho más estricta en el ámbito de la prevención del riesgo químico basado en la eliminación y la sustitución de sustancias peligrosas para la reproducción (tanto en mujeres como en hombres). En el caso de que la eliminación fuera técnicamente imposible, este enfoque preventivo consistiría en medidas de control eficaces, capaces de reducir técnicamente al máximo estos niveles.

A esta ambigüedad inicial acerca del momento y el objeto de la evaluación de riesgos, se añade la incertidumbre que atañe a los criterios de evaluación. La directiva concierne a la salud y a la seguridad de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz o en periodo de lactancia. Pero la lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones laborales incluida en el anexo sólo menciona, en lo que se refiere a agentes físicos, aquellos que ponen en peligro al feto. Actualmente, la experiencia demuestra que ciertas situaciones laborales, sin poner necesariamente al feto en peligro, pueden tener consecuencias negativas sobre la salud de la trabajadora a medio y largo plazo (es decir, más allá del periodo en el que la trabajadora está protegida como "reproductora"). De este modo se observa una

correlación entre el trabajo de pie durante el embarazo y las varices.

En algunos países, la evaluación de riesgos en caso de embarazo debe llevarse a cabo desde el momento en el que una mujer empieza a trabajar en la empresa. La legislación austriaca es la que formula esta obligación de manera más clara, aunque en Dinamarca, Finlandia, Irlanda y Suecia se da una situación parecida. En los países nórdicos, esta obligación se traduce, por lo demás, en el hincapié que se hace sobre la prevención en origen y sobre la voluntad de abarcar todos los riesgos reproductivos desde un enfoque global. En el caso de Finlandia existe una lista de agentes peligrosos para la reproducción más extensa que los anexos de la directiva, así como una lista de agentes peligrosos durante el embarazo. Estas dos listas se basan fundamentalmente en una investigación llevada a cabo en el marco de la cooperación entre los países nórdicos.

El artículo 5 de la directiva contiene un orden de prioridades de las medidas a adoptar. En primer lugar se trata de respetar el programa de prevención del artículo 6 de la directiva marco (que prioriza la eliminación del riesgo y la prevención en origen) y, llegado el caso, de tomar medidas de aplicación temporales. En caso de imposibilidad técnica o de que no se alcancen determinados objetivos, el empleador debe garantizar un cambio de puesto de trabajo. En caso de que técnicamente no se pueda realizar dicho cambio o que no se alcancen determinados objetivos, la trabajadora debe ser eximida de su trabajo durante el periodo necesario de protección de su salud. La directiva no facilita claves para entender qué significa que no se alcancen determinados objetivos. ¿Bastaría la intención de sacar un beneficio económico para desechar medidas cuyo coste sería elevado?

Parece ser que, en la práctica, la medida más extendida es apartar de sus funciones a la trabajadora de forma preventiva cuando los riesgos son importantes. De este modo, el embarazo se convierte en una patología que induce a la exclusión del ámbito de trabajo. Semejante solución plantea dos problemas: por un lado, la ausencia de garantías suficientes en lo que a remuneración se refiere, implica que algunas trabajadoras permanezcan en un puesto de trabajo que conlleve peligros. Por otra parte, la prevención básica de eliminación de riesgos en origen no aparece como una prioridad. Un estudio quebequense revela con claridad cuáles son las dificultades de apostar de forma masiva por eximir a las trabajadoras de sus funciones (Malenfant en : Harrisson y Legendre, 2002, p. 17): “La reorganización del trabajo provocada por el embarazo provoca ten-

sión en las relaciones sociales. No es casual que el hecho de apartar a las trabajadoras, durante el embarazo, cuyas funciones presenten un peligro para ellas o para el futuro bebé, siga siendo la medida de "protección" más habitual. Por una parte, siempre hay reticencias ante la modificación del entorno de trabajo o la reorganización de funciones para permitir que estas mujeres conserven su empleo, manifestando así un desinterés por integrar la dimensión reproductiva de la vida de las trabajadoras en el lugar y el proceso productivo. Por otra parte, la reorganización del entorno laboral dificulta la organización, afecta a las relaciones laborales y se convierte en una situación difícilmente llevadera para las trabajadoras embarazadas cuando este proceso se lleva a cabo en un clima de continuas negociaciones con los compañeros y con la empresa". El alejamiento preventivo parece no aplicarse masivamente tan sólo en aquellos países en los que se le da una verdadera importancia a la eliminación de riesgos para la reproducción en los procesos de trabajo. En Finlandia, entre 1992 y 1996, esta medida se aplicó a menos de cien trabajadoras al año, alrededor del 0,1% de los nacimientos (Taskinen et al., 1999, p. 57).

La mayor parte de las legislaciones nacionales no definen explícitamente el criterio que permite pasar de una opción a otra. Los empleadores disponen por esta razón de un importante poder de decisión. En la mayoría de los casos, las legislaciones nacionales toman de forma casi literal las disposiciones de la directiva. Algunos países (Austria, España, Reino Unido) vinculan de forma mucho más explícita las medidas sobre protección de la maternidad con el programa general de prevención de la directiva marco. Por esta razón, debería existir una mayor seguridad jurídica en cuanto al respeto de las prioridades de las medidas preventivas, situando la eliminación de riesgos en un primer plano. En el caso del Reino Unido, sin embargo, persisten algunas incertidumbres importantes. Mientras que las disposiciones que se derivan de la directiva marco vienen condicionadas generalmente por una cláusula "razonablemente aplicable" –que se nos antoja de por sí contradictoria con el derecho comunitario-, las obligaciones en materia de prevención, que emanan de la directiva sobre la maternidad, disponen de una cláusula con una aplicación mucho más aleatoria: la empresa sólo tiene que actuar "si es razonable". El margen de decisión es, por tanto, considerable.

Uno de los puntos débiles de esta directiva es que, al contrario que en las demás directivas sobre salud laboral, no se prevé ninguna consulta de los órganos de representación de los trabajadores en materia de prevención[131]. Esta situación podría

131. El artículo 4.2 de la Directiva se limita a ofrecer información destinada a las trabajadoras "que pudieran" estar embarazadas o en periodo de lactancia y/o a sus representantes. Es la única directiva incluida en la Directiva Marco que no menciona explícitamente la consulta de los trabajadores. Sin embargo, conviene recordar que la directiva marco se refiere a todo este ámbito. La ausencia de disposiciones explícitas sobre la consulta de los trabajadores no debería permitir que se restringiera el acceso de las trabajadoras embarazadas al ámbito de acción de las instancias representativas de los trabajadores.

reforzar la tendencia a tratar la protección de la salud y de la seguridad de las trabajadoras embarazadas como una cuestión que concierne a individuos que se encuentran en una situación anormal y no como un reto colectivo en materia de salud laboral en el seno de cualquier empresa. La experiencia nos demuestra que la eficacia del control de las inspecciones de trabajo depende en gran medida de la actividad de los órganos de representación colectiva.

Resulta significativo que los límites de esta directiva aparezcan sobre todo cada vez que aborda ámbitos del derecho laboral que están fuera de las reglas clásicas de la salud y la seguridad. Las vinculaciones entre el derecho a la igualdad y el derecho a la salud en el trabajo son de vital importancia, pero la directiva no consigue tratarlas de manera plenamente coherente. Concebir el derecho a la salud en el trabajo como un elemento aislado de las reglas técnicas supondría privarlo de toda eficacia en un contexto determinado por las relaciones sociales en el trabajo. Uno de los mayores puntos débiles de la directiva en lo que se refiere a la salud y la seguridad de las mujeres embarazadas es la timidez con la que aborda estos ámbitos. La directiva no ofrece garantías suficientes en lo que respecta a la remuneración durante la baja por maternidad o a las disposiciones sobre protección ante el despido, que pueden ser evitadas con facilidad por la empresa ya que basta con recurrir a una causa diferente del embarazo.

La adopción de la directiva dio lugar a controversia entre los Estados miembros. Italia había condicionado su voto a favor mediante un compromiso de mejora de la directiva a corto plazo. Este compromiso se vio reflejado de forma atenuada en el artículo 14.6 de la directiva, en el que se establece que la Comisión procedería a reexaminar la directiva y a presentar una posible propuesta de modificación como máximo en octubre de 1997. El informe presentado por la Comisión en 1999 trataba sólo superficialmente las cuestiones de salud laboral. Básicamente, se limitaba a describir las medidas nacionales de intervención en lugar de analizar los problemas planteados por la aplicación de la directiva. En julio de 2000, el Parlamento Europeo procedió a hacer un análisis crítico de la aplicación de la directiva y votó a favor de una revisión de la directiva[132]. La resolución del Parlamento indicaba algunas de las modificaciones a realizar en la directiva. No nos consta que la Comisión haya presentado aún la más mínima propuesta a este respecto. La comunicación que presentó acerca de la estrategia comunitaria en materia de salud y seguridad para el periodo 2002-2006 no hace alusión a esta cuestión.

132. Véase Parlamento Europeo, 2000.

Otras directivas sobre salud laboral

A pesar de que la directiva marco haga hincapié en las relaciones sociales en el trabajo, en ningún momento considera el acceso en igualdad de condiciones a las situaciones laborales de los dos sexos como un objetivo a alcanzar.

Las directivas sobre temas específicos están fuertemente tergiversadas por un enfoque que, ignorando la perspectiva de género, convierte al trabajo masculino en la norma de referencia. De este modo, frente al fenómeno generalizado que constituyen los trastornos musculoesqueléticos, el enfoque comunitario se ha limitado a regular la manipulación manual de cargas[133] en unas condiciones que se aplican más al trabajo masculino que al femenino.

La directiva sobre la ordenación del tiempo de trabajo[134] pasa por alto las cuestiones que dieron lugar al nacimiento del movimiento de mujeres sobre el tiempo de trabajo. En líneas generales, esta directiva se limita a fijar algunos valores límite sobre tiempo de descanso diario, tiempo de descanso semanal, la duración semanal del trabajo, la duración de las vacaciones anuales y el tiempo máximo de trabajo nocturno. Estos valores son a menudo menos favorables que los que ya existían en la mayor parte de los países comunitarios. Además, van acompañados de cláusulas de flexibilidad especialmente favorables para la patronal (llegando incluso a establecer la duración anual del trabajo en base a semanas de 48 horas laborales). Los propios fundamentos de la directiva son discutibles. Todo ocurre como si el tiempo estuviera dividido de forma dual entre jornada laboral y tiempo de descanso. El tiempo empleado en el trabajo doméstico, la formación, el transporte, etc., no se tienen en cuenta. El tiempo de espera entre los periodos de disponibilidad ante la empresa, que caracteriza a muchas situaciones de trabajo a tiempo parcial, es ignorado por esta reglamentación (es ignorado incluso por la directiva posterior sobre el trabajo a tiempo parcial). El paso del trabajo nocturno al trabajo diurno no se considera un derecho, sino una mera facultad sujeta a un dictamen médico (como si no hubiera otros motivos para renunciar al trabajo nocturno). La subordinación de la disponibilidad del tiempo del ser humano, diferenciados por géneros, al único criterio económico del enriquecimiento es llevada al extremo en esta directiva, que permite multitud de derogaciones, excepciones y medidas de flexibilidad, sin que se consulte a los trabajadores directamente implicados[135].

133. Directiva de 29 de mayo de 1990 sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores, DOCE L 156, de 21 de julio de 1990, pp. 9 y ss. Para un análisis en profundidad, véase Newsletter del BTS nº 5 (febrero de 1997), pp. 6-10.

134. Directiva de 23 de noviembre de 1993 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, DOCE, L 307 de 13 de diciembre de 1993, pp. 18 y ss.

135. Casi todas las directivas relativas al entorno de trabajo contienen disposiciones sobre la consulta de los trabajadores. Cierto es que se hecha de menos un planteamiento más conciso, además se les puede reprochar el hecho de que simplemente hagan referencia a las normas y prácticas nacionales incluidas en la Directiva Marco, pero la cuestión ya está planteada.

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen uno de los principales daños a la salud de las trabajadoras y trabajadores de hoy en día. Uno de los factores que explican este hecho es la intensificación del trabajo, así como la especialización de las tareas en sectores en los que en el pasado era menos practicada. Hay otros factores que desempeñan un papel importante: la ausencia de movilidad profesional, la inadaptación al trabajo desde una perspectiva de existencia de la actividad salarial durante toda la vida activa, la devaluación del trabajo y el consiguiente estrés, etc. Las estrategias de prevención de los trastornos musculoesqueléticos están en gran medida condicionadas por la división sexual del trabajo. Por lo general, las cargas físicas vinculadas al trabajo femenino se caracterizan más por el carácter repetitivo de los esfuerzos, mientras que las cargas físicas masculinas están a menudo vinculadas a la manipulación manual de cargas pesadas. Por otro lado, los cuidados a las personas es una tarea generalmente desempeñada por mujeres. Se trata de un trabajo que implica numerosas cargas físicas a las que difícilmente se pueden aplicar soluciones preventivas que fueron concebidas para el desplazamiento de objetos inertes. Sostener, levantar o desplazar un cuerpo humano vivo implica un trabajo que no se reduce al mero esfuerzo físico de la carga.

La directiva comunitaria 90/269/CEE[136] adoptó un enfoque limitado que favorece de forma implícita la actividad masculina de desplazamiento de cargas pesadas y no reconoce la actividad femenina, caracterizada por la repetición de tareas y por las nefastas consecuencias de determinadas posturas[137].

En Francia (MES, 1999), los datos de la encuesta SUMER de 1994 indican que la manipulación manual implica a un 45% de trabajadores frente a un 26% de trabajadoras. Tratándose de objetos, esta manipulación es particularmente frecuente en profesiones altamente masculinas: 92% de obreros de la construcción, 74% manipuladores de mercancías, 66% de mecánicos de coches, etc. Tratándose de personas, es muy frecuente en sectores sanitarios, principalmente ocupados por mujeres: 73% de ATS y conductoras de ambulancias y 59% de enfermeras.

La directiva versa principalmente sobre las patologías dorsolumbares, y se basa en la regulación de la manipulación manual de cargas. La directiva limita su campo de aplicación a las cargas que pueden representar un peligro para la salud. Este hecho plantea el problema de la evaluación de situaciones que supuestamente no representan un riesgo desde el

136. Directiva del Consejo 90/269/CEE de 29 de mayo de 1990 sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores, DOCE nº L 156/9 de 21 de junio de 1990.

137. Está claro que este concepto es aproximativo. Las enfermeras se ven a menudo obligadas a transportar "cargas" (en su caso, seres humanos que no se pueden transportar como sacos de cemento) más pesadas que los obreros de la construcción.

punto de vista de las características de la carga (peso, volumen, equilibrio, etc.), pero que no por ello implican menos riesgos relativos a factores que intervienen en la carga física. La directiva tiende a favorecer la noción de carga concebida como el objeto de una actividad de transporte (en sentido amplio), en lugar de carga tal y como la utiliza la ergonomía, como resultado de diferentes factores de la actividad laboral. Por otra parte, señala los riesgos dorsolumbares incluso si antepone siempre a esta noción el adverbio "particularmente". Para ilustrar esta limitación de la directiva, consideraremos los ejemplos que siguen. El hecho de que una trabajadora de la industria textil presione el pedal de una máquina de coser varios miles de veces al día constituye sin lugar a dudas una carga física que puede provocar patologías. En nuestra opinión, esta carga estaría fuera de la aplicación de la directiva en la medida en que no hay ningún objeto material diferente aparte del equipo de trabajo. La directiva tendrá en cuenta el hecho de levantar un paquete de poco peso varios miles de veces al día si esto se puede vincular a otra característica del trabajo como "esfuerzos físicos que afecten a la columna, muy frecuentes o muy prolongados". Así pues, esta formulación y las de otras características no intrínsecas a la manipulación son demasiado restrictivas para abordar de una forma coherente los problemas planteados por la intensidad del trabajo o por su carácter repetitivo. Cierto es que siempre podremos apoyarnos en la directiva marco para abordar estas cuestiones, pero sigue quedando un amplio margen de imprecisión en lo referente a las medidas preventivas concretas a adoptar.

La nueva estrategia comunitaria: ¿el principio de un cambio?

La Comisión presentó en marzo de 2001 una comunicación sobre la nueva estrategia comunitaria en materia de salud y seguridad para el periodo 2002-2006[138]. Se trataba de un documento esperado, preparado en numerosos debates[139] y cuya adopción no ha sido fácil. Su presentación fue retrasada dadas las divergencias existentes en el seno de la Comisión. La versión original de la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales fue enmendada por otros comisarios. Se formó una mayoría para hacer el texto menos ambicioso o menos preciso en ciertos aspectos (particularmente en lo que se refiere al acoso psicológico y la violencia en las relaciones laborales).

138. Documento COM (2002) 118 final de 11 marzo 2002.

139. La postura de las organizaciones sindicales, acordada en junio de 2001, se recoge en la publicación del BTS y de la CES "*Por una reactivación de la política comunitaria de salud laboral*".

La comunicación contiene varios elementos dignos de análisis, en particular una apertura sobre la dimensión de género, lo que constituye un elemento novedoso en la reflexión de la Comisión en el ámbito de la salud laboral[140]. Es probable que los esfuerzos realizados por la Presidencia belga durante el segundo semestre de 2001 hayan contribuido a este cambio. La introducción de la dimensión de género es uno de los ocho objetivos del planteamiento global del bienestar en el trabajo.

140. Lamentamos de forma más acusada ciertos planteamientos desatinados ("una sociedad más feminizada") o manifiestas imprecisiones: los hombres representan el 93% de las lesiones musculoesqueléticas. Ignoramos qué es lo que permite reagrupar estas enfermedades en un solo conjunto y consideramos estas cifras muy poco rigurosas.

Sin embargo, la comunicación adopta una postura bastante defensiva. Hace de la salud laboral un elemento demasiado pasivo que debe "tener en cuenta" la división del trabajo entre hombres y mujeres. A nuestro entender, debería desempeñar un papel activo y contribuir a combatir la segregación en el trabajo. Este objetivo sólo aparece una vez en un párrafo consagrado a la política de pesca. No hay propuestas concretas en lo que se refiere al desarrollo de la investigación y sólo se hace alusión de forma muy vaga al hecho de que los servicios de prevención deberían tener en cuenta la dimensión de género. Pensamos que habría sido bueno abordar la cuestión de los indicadores y pronunciarse a favor de una armonización de los sistemas de declaración y reconocimiento de las enfermedades profesionales, que habría acabado con las prácticas discriminatorias que se observan actualmente. Asimismo, tener en cuenta la dimensión de género habría servido para promocionar propuestas más claras en lo relativo a la violencia en el trabajo y los trastornos musculoesqueléticos.

La comunicación subraya con acierto que los trastornos musculoesqueléticos constituyen una prioridad en el ámbito de la salud laboral. Una directiva sobre los trastornos musculoesqueléticos que incluyese exigencias básicas de tipo ergonómico permitiría avanzar de forma significativa. Es innegable la contribución que supondría una acción de la UE. A excepción de los países nórdicos, ningún Estado miembro estuvo en disposición de adoptar una reglamentación precisa al respecto de estas cuestiones. La dificultad es más política que técnica: afrontar los trastornos musculoesqueléticos en origen, significa intervenir sobre la organización del trabajo y, más particularmente, combatir su intensificación[141]. La comunicación contiene dos pasajes sobre las iniciativas comunitarias en lo referente a los trastornos musculoesqueléticos, que prevén una comunicación que propondrá modificaciones o nuevas disposiciones legislativas para aquellos ámbitos que no estén suficientemente cubiertos. Aunque se trata de una formulación ambigua. Habría sido posible que se implicara en dos ámbitos: por un lado la revisión de las carencias de las directivas específicas que ya

141. Esta dificultad política se hizo evidente en Estados Unidos. Después de años de debates y de movimientos reivindicativos, en 2000 se adopta por fin una normativa sobre la ergonomía. El presidente Bush encabezó una campaña que condujo al Congreso a anular esta normativa federal en marzo de 2001 con el pretexto de que implicaba costes demasiado elevados para la patronal. Según los sindicatos americanos, cada año 600.000 trabajadores son víctimas de lesiones o accidentes que se podrían haber evitado si se hubieran aplicado las normas definidas por la Agencia para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

existían; y por otro, la preparación de una directiva nueva, más general, sobre las exigencias ergonómicas básicas relacionadas con la prevención de los trastornos musculoesqueléticos.

La comunicación destaca de este modo la importancia de "los trastornos y enfermedades psicosociales", en especial el acoso psíquico y la violencia en el trabajo. El texto preparado por la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales preveía la creación de una directiva sobre estos dos asuntos. El texto definitivo aprobado por la Comisión es menos concreto. La Comisión dice que: "se analizará la oportunidad y el alcance de un instrumento comunitario sobre el acoso psíquico y la violencia en el trabajo". Uno de los elementos subyacentes al debate es el siguiente: ¿son el acoso psíquico y la violencia en el trabajo problemas del entorno laboral que atentan contra la salud?

La comunicación aborda, con acierto, los dos pilares esenciales de cualquier sistema de prevención: los servicios de prevención y la inspección de trabajo. En lo relativo a los servicios de prevención, indica que "deberían ser verdaderamente multidisciplinares, incluso en lo que se refiere a los riesgos sociales y psicológicos, e incorporar la perspectiva de género". Es una visión correcta, aunque no se formula ninguna propuesta concreta para alcanzar este objetivo, que ni de lejos corresponde a la realidad actual.

La comunicación no aborda el campo de aplicación actual de las directivas comunitarias, que excluye a los trabajadores autónomos y al servicio doméstico. Se trata de una brecha importante en el dispositivo existente. En términos de género, el "olvido" de los trabajadores del hogar es evidente (ver arriba).

La comunicación no se pronuncia sobre la armonización de la declaración y el reconocimiento de las enfermedades profesionales. Sin embargo, introduce la perspectiva de una convergencia en las políticas nacionales que se apoyan en la comparación entre diferentes indicadores (*benchmarking*). Se deberían adoptar objetivos nacionales cuantificados en lo que se refiere a la reducción de la tasa de accidentes laborales, la reducción de las enfermedades profesionales reconocidas y la reducción del número de jornadas perdidas a causa de estos accidentes y enfermedades. No vamos a analizar el alcance de estos indicadores. Diremos simplemente que el segundo (y, en consecuencia, el tercero, que se deriva directamente de la calidad de los dos primeros) no tiene sentido en un contexto en el que el reconocimiento de las enfermedades profesionales no ha sido unificado a nivel comunitario. Desde una perspectiva de género, la

adopción de estos tres indicadores habría significado subestimar los daños a la salud de las mujeres. No se aborda la comparación entre los indicadores estructurales de los sistemas de prevención (servicios de prevención, representación de los trabajadores, proporción de trabajadores cubiertos por estas herramientas, etc.), a pesar de que, en este ámbito, habría que haber llevado a cabo esfuerzos importantes para que las trabajadoras y los trabajadores tuvieran realmente acceso a estas estructuras de prevención.

La nueva estrategia fue concebida para el periodo 2002-2006. Las dificultades de la acción comunitaria son tales que, si no se ponen en marcha ciertas iniciativas rápidamente, es poco probable que puedan llegar a realizarse a tiempo. El periodo de tiempo que va de la preparación de una directiva o un programa a su adopción es, por lo general, bastante prolongado. Por esta razón, sería importante definir criterios concretos que permitieran ver en qué medida el compromiso de la Comisión de asumir la dimensión de género se traduce en hechos.

Basándonos en los elementos analizados en este libro, podemos indicar algunas prioridades de aplicación inmediata:

- La dimensión de género debería ser integrada en el informe sobre la aplicación de las directivas, cuya publicación está prevista para el segundo semestre de 2003. Este informe será un elemento importante para identificar los avances y las carencias y reorientar, llegado el caso, la acción comunitaria. El informe sobre la directiva marco debería abordar la evolución de los dispositivos estructurales de los sistemas de prevención: servicios de prevención, representación de los trabajadores, funcionamiento de las inspecciones laborales, etc. ¿Qué cobertura garantizan estos dispositivos para hombres y para mujeres? ¿Cuáles son sus puntos fuertes y sus puntos débiles en términos de género? Estas son algunas de las preguntas importantes a debatir.
- La comunicación identifica acertadamente como prioridades los trastornos musculoesqueléticos y las violencias psicológicas y físicas en las relaciones laborales. La adopción de las directivas que atiendan a estas cuestiones será un baremo importante para juzgar la coherencia de la estrategia propuesta.
- La interacción entre las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud laboral y el resto de políticas comunitarias debería conducir a una mejor integración de las condiciones de trabajo en las políticas de igualdad. La lucha contra la segregación en el mercado laboral puede constituir un terreno excelente para esta interacción. El carácter mixto de los puestos de trabajo implica una serie de políticas acordes allá

donde las condiciones de trabajo han sido ignoradas tradicionalmente.

- La revisión de la directiva sobre protección de la maternidad constituye igualmente una importante prueba de credibilidad. El Parlamento Europeo dio indicaciones concretas sobre ciertas mejoras.
- Una unificación mínima de las condiciones de reconocimiento de las enfermedades profesionales debería, al mismo tiempo, concederse los medios para ser eficaz (gracias a la aplicación de un instrumento comunitario impuesto) y para eliminar las discriminaciones sistemáticas a las que están sujetas hoy en día las trabajadoras.

Algunas excepciones

Ya que el diagnóstico general de las políticas nacionales en materia de salud laboral nos lleva a la conclusión de que siguen resistiéndose a la dimensión de género, puede resultar interesante señalar algunas excepciones y preguntarse acerca de las condiciones que las hicieron posibles.

En 1998, la Administración Sueca de Salud y Seguridad en el trabajo, que es el organismo encargado de gestionar las inspecciones de trabajo, adoptó una estrategia sobre las diferencias entre las condiciones laborales de los hombres y las mujeres. El objetivo de esta estrategia es darle visibilidad a la dimensión de género en función de los factores de riesgo. Esta estrategia señala que la igualdad de género no es un objetivo específico de la inspección de trabajo, que adopta un enfoque basado en los riesgos, sino que esta actividad debe ir pareja a las políticas aplicadas por las autoridades públicas. Se basa, principalmente, en el desarrollo de datos e indicadores, y la noción de visibilidad juega un papel fundamental. De este modo, se habrían puesto de relieve los riesgos ocultos o subestimados. Sin embargo, se contempla una evolución en lo que a regulación se refiere. Los datos que obran en nuestro poder en el momento de la redacción de este informe no nos permiten evaluar el impacto de esta estrategia.

El plan de salud laboral adoptado por la Comunidad Foral de Navarra en 1999 parte de un enfoque mucho más ambicioso. Se trata de aplicar planes de salud laboral que cubran al conjunto de la población y tengan en cuenta segmentos tradicionalmente ignorados. La voluntad de cubrir por igual a toda la población activa llevó a las autoridades de Navarra a proponer objetivos específicos para los parados, los trabajadores autónomos, los trabajadores temporales, las pequeñas y medianas empresas y las mujeres. Las acciones específicas para las mujeres giran en torno a tres grandes directrices: disminución de la doble jornada de trabajo tanto a través de la creación de infraestructuras colectivas como a través de acciones destinadas a compartir las responsabilidades y las tareas familiares entre hombres y mujeres, intervención junto a las inspecciones de trabajo para mejorar las condiciones laborales de las mujeres y organización de la cooperación entre el sistema de salud pública y los agentes de salud laboral en el ámbito de la salud reproductiva.

Capítulo 8
El reconocimiento de las enfermedades profesionales: ¿una lotería en la que siempre pierden las mujeres?

La Señora Z es una enfermera de 45 años[142] que trabaja desde los 25 en un centro para ancianos discapacitados. Continuamente tiene que levantar y acostar a los enfermos. Sufre una lumbalgia, razón por la que siguió un tratamiento que le dejó importantes secuelas. Finalmente, se resigna a cambiar de trabajo y su salario disminuye. En España, Luxemburgo o Dinamarca su lumbalgia sería considerada una enfermedad profesional, previa comprobación de ciertas condiciones. En Italia y Suecia tendría que aportar pruebas de que su patología ha sido causada por el trabajo, aunque la experiencia nos dice que su petición sería rechazada. En Francia, su lumbalgia tendría que haber sido provocada por una hernia discal asociada a unas condiciones médicas bastante estrictas que no se dan su caso. En Alemania, las condiciones exigidas hacen difícil que su enfermedad sea reconocida como tal. En Portugal al menos se ahorraría ciertos trámites: el reconocimiento de la enfermedad sería rechazado de forma clara e inmediata. En Bélgica es muy probable que se rechazara su petición. Sin embargo, la Sra. Z se podría consolar al saber que las lumbalgias profesionales son estudiadas por una comisión especializada, aunque albergue muchas dudas y reservas a la hora de incluir esta patología en la lista de enfermedades profesionales. Pero puede que un día cambie de opinión.

142. El caso de la Sra. Z aparece en un estudio de Eurogip (2002-c) que compara las condiciones de reconocimiento de las lumbalgias y el asma alérgico en los diferentes países europeos. Hemos simplificado la presentación del caso y sus resultados. El Reino Unido e Irlanda no participaron en dicho estudio.

En otro estudio (Hulshof et al., 2002) se analiza el caso de una hipotética Sra. Robinson, conductora de carretillas elevadoras, que padece dolores de espalda y ciática a causa de las vibraciones propias de su trabajo. Los resultados por países son diferentes y queda de manifiesto la falta de un criterio homogéneo.

El infrarreconocimiento de las enfermedades profesionales es una realidad presente en todos los países de la UE (Eurogip, 1999; De Brucq, 2001; Vogel, 2001; Eurogip, 2002-a y b).

Las consecuencias directas de este fenómeno son las siguientes:
- Escasa visibilidad de numerosas patologías que no son consideradas una prioridad en las políticas preventivas.
- Traspaso masivo de recursos en beneficio de la patronal. De hecho, excepto Holanda, todos los países de la UE instaura-

ron sistemas de compensación de enfermedades profesionales, financiados principalmente por cotizaciones sobre los salarios[143]. El no reconocimiento de una enfermedad profesional implica, por lo general, que una parte de los costes corra a cargo de las personas afectadas (por ejemplo, la pérdida de ingresos provocada por el cambio de empleo o la situación de desempleo, la mayor parte de las consecuencias de una minusvalía, etc.) y que otra parte corra a cargo de los presupuestos generales sanitarios (cobertura de enfermedades, de minusvalía o de paro por parte de la Seguridad Social, el sistema sanitario nacional, etc.). Además, quienes padecen enfermedades profesionales se benefician de mejores prestaciones económicas en materia de salud que en el marco del régimen general de los cuidados sanitarios. En Francia, un estudio reciente estima que el régimen de indemnización de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales grava al régimen de cuidados sanitarios con una importante parte de los costes. La cantidad oscila entre un mínimo de 368 millones y un máximo de 550 millones de euros al año[144]. Asimismo, la compensación de costes a las víctimas tiene una dimensión de género. Las esposas y otros miembros femeninos de las víctimas de enfermedades profesionales no reconocidas tienen que realizar una carga superior de trabajo no remunerado (Scavone, 2000).

Por otro lado, el no reconocimiento de una enfermedad profesional supone a menudo una causa de angustia para las personas afectadas. Es un sentimiento casi obsesivo de injusticia y de enfrentamiento a poderes invisibles que puede tener consecuencias desastrosas para la salud. Son pocos los sindicalistas que no tienen amargas historias que contar en este sentido. Las personas afectadas se pasan años luchando entre certificados médicos y procedimientos administrativos o judiciales. Son pocos los que salen indemnes de semejantes batallas. En ciertos casos, los médicos aconsejan que el paciente renuncie al reconocimiento de la enfermedad profesional, a sabiendas de que los trámites para obtenerlo serán penosos y arbitrarios[145].

La dimensión de género del infrarreconocimiento de las enfermedades profesionales merece ser analizada. Se trata de una discriminación sistemática y flagrante que debilita las políticas de prevención frente a las patologías más comunes entre las trabajadoras, y que afecta más a las mujeres que a los hombres. Este elemento da una idea del balance crítico de la política comunitaria en esta materia. Cierto es que los elementos de discriminación estructural han sido aplicados en cada sistema nacional mucho antes que cualquier política comunitaria.

143. La situación del Reino Unido es particular. La indemnización de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales se garantiza en el marco global de la seguridad social y no se financia a través de las cotizaciones particulares calculadas en base a los salarios. Los niveles de indemnización son muy inferiores a los de los otros países de la UE. Los afectados, por lo general, tratan de obtener una mejor indemnización en base a la responsabilidad civil del empleador. Este hecho explica el elevado número de contenciosos judiciales. Los empleadores se ven obligados a contratar seguros para cubrir posibles indemnizaciones que se deriven de un riesgo profesional. Así pues, la presión económica viene impuesta por el sistema de seguros y de los procedimientos judiciales más que por la financiación de los organismos de compensación de la Seguridad Social.

144. Informe de Lévy-Rosenwald, septiembre de 2002, mencionado en *Santé et Travail*, n° 41, p. 14. Dicho informe versa a la vez sobre la infradeclaración de los accidentes y la de las enfermedades.

145. En ocasiones, las razones para que un médico no declare una enfermedad no son tan nobles. De este modo, una encuesta holandesa realizada entre los médicos del trabajo revela el alto índice de no declaraciones. Más del 22% de los médicos que no declaran enfermedades profesionales dicen hacerlo para evitar que los trabajadores denuncien a sus empleadores (NCB, 2001).

Resulta inquietante también que la política comunitaria nunca se haya dado los medios de cuestionar esta situación.

Centraremos nuestro análisis en dos puntos: la forma en que el infrarreconocimiento de las enfermedades profesionales afecta más a mujeres que a hombres y la política que la UE ha aplicado en este ámbito.

Las enfermedades profesionales: un mal género

La discriminación entre hombres y mujeres es una de las características más importantes en todos los sistemas. En los países donde existen estadísticas desagregadas en función del sexo, se observan los siguientes fenómenos[146]:

- El índice de declaración de enfermedades profesionales es a menudo inferior en el caso de las mujeres.
- El índice de no reconocimiento de enfermedades profesionales declaradas por mujeres es a menudo superior al mismo índice en el caso de los hombres.
- En todos los casos, el índice total de reconocimiento (que se desprende de los dos factores anteriores) es siempre inferior en el caso de las mujeres[147];
- Las mujeres dependen aún más que los hombres del buen funcionamiento de un sistema de reconocimiento mixto para obtener el reconocimiento de la enfermedad profesional en aquellos países en los que se aplica dicho sistema. Por sistema mixto se entiende aquel en el que existe una lista de enfermedades profesionales a las que se aplica la presunción de causalidad y otros procedimientos que permitan reconocer enfermedades que no se encuentran en dicha lista o que no cumplen las condiciones exigidas en la misma.

A falta de una evaluación sistemática, que nunca ha sido realizada, hemos seleccionado algunos datos significativos[148]. Nuestro análisis se centra en dos países cuyos "resultados generales" del sistema de reconocimiento son muy diferentes: Reino Unido y Bélgica. Asimismo, se aportan datos sobre Dinamarca y Suecia.

El Reino Unido es uno de los países de la UE en los que el número de enfermedades reconocidas en proporción a los trabajadores cubiertos por el sistema es de los más bajos. Al contrario, Bélgica tiene un índice de reconocimiento bastante alto. Según los datos de Eurogip (2002-a, p. 22), este país ocupaba el primer puesto en 1994 (con 189 enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 personas aseguradas). En el año

146. Nos hemos basado fundamentalmente en un estudio sobre las estadísticas de los siguientes países: Dinamarca, Bélgica, Italia, Reino Unido y Suecia. En líneas generales, las estadísticas rara vez prestan atención a la perspectiva de género, y su uso para evaluar las diferencias de género no siempre es posible. Las estadísticas francesas y alemanas a las que hemos accedido no nos han servido.

147. En Italia, la tasa de no reconocimiento es ligeramente inferior en el caso de las mujeres, pero el índice de declaraciones de las mujeres es particularmente bajo (menos de un 10% de las enfermedades profesionales declaradas)

148. En Bélgica, una iniciativa llevada a cabo es la excepción de una regla tácita de reparto entre los territorios que hace a la mayor parte de las instituciones encargadas de la igualdad bastante insensibles al impacto de las condiciones laborales sobre la salud. El Consejo para la igualdad de oportunidades se encargó en 2001 del expediente del reconocimiento de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Éste puso de manifiesto la poca transparencia de los datos estadísticos para proceder al análisis en materia de género. Igualmente, señaló el bajo índice de reconocimiento de enfermedades profesionales entre las mujeres (*Chronique Féministe*, 2001, pp. 75-81).

2000 había bajado al quinto puesto (detrás de Francia, España, Suecia y Dinamarca), pero su índice de reconocimiento de 112/100.000 seguía siendo relativamente alto (en relación a los 49/100.000 de Alemania o los 33/100.000 de Italia). Habría sido interesante estudiar si las diferencias entre los resultados generales de estos dos sistemas tuvieron repercusiones en lo que a igualdad de género se refiere. Llevaremos a cabo esta comparación en un breve resumen de un tercer sistema que podríamos calificar como sensible (elevado índice de declaraciones/reconocimientos) pero extremadamente selectivo (elevado índice de no reconocimientos)

En los países donde existen datos según el género, parece que la situación británica es la más discriminatoria. De los datos parciales disponibles se desprende que en la mayoría de los países de la UE, las mujeres se sitúan en una franja de entre el 25% y el 40% de las enfermedades profesionales reconocidas. En el Reino Unido, esta franja es inferior al 10%. En la actualidad el Reino Unido es uno de los países cuya Seguridad Social asume en menor medida las enfermedades profesionales tanto por el número de casos reconocidos al año como por el importe de las prestaciones[149]. En los últimos años ha reconocido menos de 7.500 enfermedades profesionales anuales. Baste comparar esta cifra con los casi 20.000 casos reconocidos en España en el año 2000 (en proporción a una población cubierta mucho más reducida)

En el Reino Unido, las enfermedades profesionales reconocidas se dividen en dos grupos: las enfermedades pulmonares y las otras enfermedades[150]. El primer grupo (un 97% de hombres) cubre/incluye principalmente los diferentes tipos de neumoconiosis, el asma, bronquitis crónica, cánceres de pulmón provocados por el amianto y mesotelioma. En 2000, sólo había en este grupo 65 mujeres de las 2.605 personas que padecían una enfermedad profesional reconocida. En el caso del asma causado por factores profesionales, las mujeres sólo suponían un 20% de los casos reconocidos (33 sobre 168 en 2000). Numerosos estudios epidemiológicos indican sin embargo que el asma de origen profesional tiene un índice de prevalencia relativamente elevado entre las mujeres. Hay que añadir que el reconocimiento del asma como enfermedad profesional disminuyó radicalmente entre 1994 y 2000: de 506 casos pasó a 168. El origen de tal descenso podrían ser los cambios administrativos en los procedimientos de registro (HSE, 2001). Los datos británicos (HSE, 2001) no dicen nada del índice de no reconocimiento. La única información disponible es sobre los "resultados generales" del sistema que corresponden a las enfermeda-

149. Desde 1986, para la mayoría de las enfermedades profesionales, sólo aquellas personas con un grado de invalidez superior al 14% pueden ser indemnizadas, lo cual supuso un descenso del número de solicitudes (HSE, 2001).

150. Datos extraídos de HSE, (2001, p. 188 y ss.).Es bastante difícil extraer datos sobre género de esta publicación. De hecho, los totales nunca diferencian entre hombres y mujeres. Las mujeres son mencionadas entre paréntesis en los datos referentes a cada enfermedad en particular. El informe indica que, cuando no haya paréntesis, todos los datos se refieren a casos de hombres. Es necesario, pues, armarse de paciencia y tener una calculadora a mano para evaluar las discriminaciones patentes.

des reconocidas como enfermedades profesionales y que se benefician de una indemnización.

En el segundo grupo se incluyen las otras enfermedades, que representan menos del 10% del total: 436 casos de 4.690 entre 1999 y 2000. Sólo son mayoría en dos categorías de enfermedades: las lesiones musculoesqueléticas (305 casos de 431 en 1999-2000) y las patologías debidas a agentes biológicos (5 mujeres de 7 casos en 1999-2000), pero el reconocimiento de estas enfermedades es tan lento que estos datos no tienen mucha influencia en el conjunto. De hecho, en lo que se refiere a enfermedades distintas a las pulmonares, sólo una de ellas representa el 70% de los casos. Se trata del Síndrome de Raynaud (conocido también como "enfermedad del dedo blanco"), que es provocada por las vibraciones. De los 3.212 casos reconocidos en 1999-2000, había 5 mujeres. Sin lugar a dudas, Gran Bretaña es el país de la UE que reconoce más casos de mesotelioma que de lesiones musculoesqueléticas (652 en 2000 frente a las 431 en 1999-2000)

Con unos 500 casos de trabajadoras con enfermedades profesionales reconocidas en 1999-2000 (aproximadamente un 7% del total), podemos decir que, en la práctica, las mujeres británicas están excluidas del sistema de compensación de enfermedades profesionales. Esta exclusión ha empeorado ligeramente si comparamos estos datos con los de hace unos diez años (OCDE, 1993). En 1990-1991, el número de enfermedades profesionales reconocidas era algo superior (9.253). La proporción de casos de trabajadoras era también ligeramente superior con algo menos del 9% del total (809 casos).

Existen otras posibilidades de compensación. Las víctimas de enfermedades profesionales pueden obtener compensaciones de sus empleadores aportando pruebas de que son los responsables civiles del perjuicio. La vía judicial es utilizada de forma recurrente en el Reino Unido. En algunos casos, las compañías de seguros determinan una política colectiva de compensación que permite evitar la proliferación de procedimientos individuales. No conocemos ningún estudio británico que evalúe los resultados de estos procedimientos judiciales o de las decisiones de las compañías aseguradoras en términos de género.

En Bélgica (FMP, 2002), en 2000, el Fondo de Enfermedades Profesionales recibió 4.965 nuevas solicitudes de compensación de enfermedades profesionales en el marco del sistema de listas cerradas (para el sector privado) [151]. De todas ellas, 807 correspondían a casos de mujeres (algo más del 16%). En el

marco del sistema mixto o de listas abiertas recibió 1.610 nuevas solicitudes, de las que 387 eran de mujeres (alrededor del 24%). En el marco del sistema de listas cerradas, 2.015 decisiones sobre demandas de compensación obtuvieron el visto bueno. 290 (en torno al 15%) eran casos de mujeres. Se rechazaron 2.180 demandas, de las que 235 (aproximadamente un 11%) eran mujeres[152]. En el caso de las enfermedades tratadas en el marco del sistema mixto, los casos de no reconocimiento eran mucho más numerosos. 86 demandas de incapacidad laboral fueron aceptadas frente a las 1.261 que fueron rechazadas (lo que suponía un índice de no reconocimiento superior al 94%). Entre las que se aceptaron, 36 correspondían a mujeres (en torno a un 43%). La mayor parte de las enfermedades por las que se solicitó una compensación en base al sistema abierto eran lesiones musculoesqueléticas.

Si se suman las cifras del sistema de listas cerradas y del sistema mixto, podemos constatar que las mujeres representan aproximadamente un 19% de las demandas de indemnización y alrededor del 15% de las decisiones positivas. Sin embargo, el índice de no reconocimiento en cada uno de los dos sistemas es ligeramente superior en el caso de los hombres. La razón de este fenómeno es simple: las mujeres dependen más que los hombres del funcionamiento del sistema mixto.

Es difícil llevar el análisis mucho más lejos. Las estadísticas publicadas por el Fondo son muy herméticas para quien intenta profundizar en la dimensión de género. Además, no indican los proporciones por género de no reconocimiento ni de enfermedades declaradas. Por otro lado, los documentos publicados por el Fondo no incluyen nunca un análisis de género del impacto de las decisiones que se toman.

Si comparamos Bélgica con otros países de la UE, se observan varias tendencias:

- Índices de reconocimiento relativamente altos para enfermedades "tradicionales" que afectan en su mayoría a hombres (silicosis, hipoacusia).
- Mejora real de los índices de reconocimiento de enfermedades vinculadas a vibraciones mecánicas, que afectan también en su mayoría a hombres. De este modo, en el año 2000, de los 1.105 reconocimientos de incapacidad laboral permanente por enfermedad profesional causada por agentes físicos, más de 830 eran casos de enfermedades provocadas por vibraciones mecánicas[153]. Entre estos casos figuran tres mujeres.

151. Las solicitudes de intervención pueden tener diferentes objetivos: indemnización de una incapacidad temporal o permanente, demandas de cuidados sanitarios, demandas de cuidados preventivos (vacunas) o solicitudes de bajas durante el embarazo. Para analizar los datos, nos limitamos a las demandas de indemnización de incapacidades y su aceptación (considerada como el reconocimiento de una enfermedad profesional). Resulta evidente que si se tuvieran en cuenta las demandas de baja durante el embarazo o las solicitudes de vacunas (numerosas en el sector hospitalario), parecería que las mujeres se benefician en mayor medida. Pero estas intervenciones no se refieren a la indemnización de enfermedades profesionales.

152. En un periodo anual, el número de decisiones nunca corresponde exactamente al número de demandas, que se registran según el año en el que fueron presentadas. Las decisiones se pueden aplicar el mismo año de la solicitud o en los siguientes. A pesar de ello, si tomamos las medias de varios años, vemos que no varían mucho.

153. Hulshof et al. (2002) comparan los datos del año 1999: 763 casos de enfermedades profesionales provocadas por vibraciones mecánicas reconocidas en Bélgica, 269 en Francia y 16 en Alemania. El índice de reconocimiento de enfermedades provocadas por vibraciones en Alemania es muy bajo (entre el 1 y el 5% dependiendo del año). Este hecho se explica por las estrictas condiciones aplicadas al cálculo de las vibraciones durante toda la vida profesional.

- En el marco del sistema de listas cerradas, resulta chocante constatar que, de todas las enfermedades causadas por agentes físicos, las mujeres constituyen apenas algo más del 5% de los casos reconocidos. Todos los datos epidemiológicos disponibles permitirían presuponer porcentajes mucho más elevados. Podemos preguntarnos en qué medida las listas podrían haber sido establecidas de forma que se mantengan alejadas de forma bastante sistemática las enfermedades más frecuentes entre las mujeres. Es el caso de la epicondilitis, que sólo es reconocida como enfermedad profesional cuando se trata de artistas del espectáculo. Si se hubiera extendido este reconocimiento a otros sectores, los datos de los otros países europeos permiten suponer que un número relativamente importante de mujeres se habrían podido beneficiar del reconocimiento de su enfermedad profesional.
- El sistema mixto funciona de forma poco satisfactoria (Lecomte, 1995). Son escasos los casos de reconocimiento. Se da una obstrucción sistemática para ciertas patologías como las lumbalgias[154]. Parece evidente que el mal funcionamiento del sistema no induce a declarar las enfermedades. Los pacientes renuncian en muchos casos a intentar recorrer la carrera de obstáculos que es el reconocimiento de una enfermedad profesional. El caso del síndrome del túnel carpiano resulta chocante. En 2000, sólo hubo siete casos en los que se buscó el reconocimiento de esta enfermedad en el sistema mixto, de los cuales sólo se aceptó uno.
- Los problemas de salud mental constituyen un verdadero tabú a pesar de que la legislación reconoce el acoso psicológico y el acoso sexual como problemas de salud laboral. Sin embargo, en este sentido, la situación no es diferente de la de los demás países de la UE.

Dinamarca presenta características interesantes. La lista de enfermedades profesionales reconocidas es más completa que en la mayoría de los demás países de la UE, lo que puede ayudar a explicar el hecho de que sea el país con el índice de declaraciones más alto. Es lo que indican los datos recogidos por Eurogip (2002-a) de forma constante a partir de 1995. Por el contrario, es también el país en el que la presunción de causalidad, que se supone que es la base del sistema de listas cerradas, ofrece menos garantías a los trabajadores. Los índices de no reconocimiento se encuentran entre los más altos de la UE. Sólo Italia y Luxemburgo tienen índices de no reconocimiento más altos (Eurogip, 2002-a). Es de suponer que a medio plazo, semejantes índices de no reconocimiento acabarán por tener un efecto disuasorio y que cierto número de pacientes acabarán renunciando a solicitar una indemnización por su enfermedad.

154. El 8 de mayo de 1996, el Comité de gestión de fondos de reservas de las enfermedades profesionales (compuesto a partes iguales por organizaciones patronales y sindicales) rechazó la inscripción de cualquier tipo de lumbalgia en la lista de enfermedades profesionales. Esta decisión fue pareja a una declaración poco alentadora para los afectados que pensaban recurrir al sistema abierto. El Comité afirmó: "se da fe de que, en la práctica, será muy difícil demostrar en los casos individuales el vínculo de causalidad determinante y directo entre la enfermedad y la profesión" (*Bulletin d'information du FMP*, noviembre de 1997, p. 42).

Este hecho podría explicar la disminución del número de enfermedades declaradas entre 1995 y 2000. ¿Afectan en la misma medida los casos de no reconocimiento a hombres que a mujeres? Los datos del informe de 1999 de la Oficina danesa de compensaciones por lesiones profesionales son reveladores (AK, 1999). A priori, el índice de declaración de enfermedades profesionales y el de lesiones súbitas causadas por la carga física son prácticamente idénticos. Ambos índices están muy cerca de la distribución de hombres y mujeres entre los trabajadores asalariados. Un 48,97% de las declaraciones se llevan a cabo por mujeres, que representan un 47,59% del total de trabajadores cubiertos. A posteriori, sin embargo, el no reconocimiento tiene un evidente impacto diferenciado. Para un número de declaraciones prácticamente iguales entre hombres y mujeres, los reconocimientos afectan a un 62,41% de hombres (datos de 1999). La explicación se encuentra probablemente en las restrictivas condiciones asociadas al reconocimiento de ciertas enfermedades. Por esta razón, el índice de no reconocimiento de lesiones musculoesqueléticas es el más alto (en 1999 era superior al 93%). La clasificación de las enfermedades profesionales en función del número de casos varía en gran medida si se examinan los casos declarados y los reconocidos. Las enfermedades de la piel ocupan el primer puesto de casos reconocidos (864 en 1999), seguidas de lejos, con una cifra similar, por las lesiones musculoesqueléticas (366 casos) y las lesiones auditivas (365 casos). Sin embargo, si examinamos las enfermedades declaradas, las lesiones musculoesqueléticas ocupan el primer puesto (más de 6.000 casos), seguidos muy de lejos por las lesiones auditivas (más de 2.000 casos) y, finalmente, por las enfermedades de la piel (cerca de 1.300 casos).

Enfermedades profesionales en Suecia:
de cómo la austeridad puede cuestionar la igualdad

Suecia ha constituido durante mucho tiempo una excepción en Europa. Era el país que reconocía el mayor número de enfermedades profesionales. En 1993, dentro de una serie de medidas de austeridad, el gobierno decidió revisar la ley de 1976 sobre seguros de riesgos profesionales. Hasta entonces, una lesión profesional era definida como la consecuencia de un accidente de trabajo o de otro factor de influencia nociva en el trabajo. A partir de 1993, los otros factores sólo se pueden tener en cuenta si existe un "alto grado de probabilidad" de que hayan causado la lesión declarada por el trabajador.

Por otra parte, hasta entonces existía la presunción de causalidad entre el factor nocivo y la lesión que jugaba a favor del trabajador "salvo si razones de mayor calado sugerían lo contrario". A partir de 1993, la presunción a favor del trabajador se vio debilitada en gran medida. Es necesario que las razones existentes a favor del vínculo de causalidad sean "predominantes". En la práctica, esto significaba que la responsabilidad de la prueba recaía a partir de entonces, principalmente, sobre el trabajador afectado.

Suecia no ha distinguido nunca entre un sistema basado en una lista de enfermedades cuya presunción de causalidad debería favorecer a los trabajadores y un sistema mixto en el que los mismos trabajadores tienen que demostrar dichas enfermedades. En el pasado, la flexibilidad del sistema favorecía a los trabajadores, quienes podían obtener una indemnización por enfermedades que no se encuentran en las listas de los países de la UE. A partir de 1993, la situación es la contraria. Muchas solicitudes han sido rechazadas, incluso aquellas que corresponden a enfermedades para las que, en otro país, se habría aplicado la presunción de causalidad.

Los efectos de la revisión de la legislación de 1993 no se hicieron esperar. El número de enfermedades profesionales reconocidas cayó en casi un 90% entre 1992 y 1997. Por otra parte, cada vez son menos las enfermedades declaradas. Este fenómeno se explica por dos factores: el nuevo sistema desanima a los trabajadores a embarcarse en un proceso arbitrario y las ventajas económicas del reconocimiento (en relación al régimen general del seguro de enfermedades) se han visto reducidas en gran medida. Por otro lado, el porcentaje de no reconocimientos aumentó mucho (un 66% de no reconocimientos entre 1994 y 1997 frente a un 31% en 1992).

Esta disminución radical tiene efectos discriminatorios indirectos. La invisibilidad de los riesgos del trabajo de las mujeres se traduce por una mayor dificultad a la hora de demostrar el vínculo de causalidad entre los factores de riesgo en el trabajo y las patologías concretas. Durante el periodo 1994-1997, de cada 100 enfermedades profesionales reconocidas, 70 eran casos de hombres y 30 de mujeres. En particular, el reconocimiento de las lesiones musculoesqueléticas ha descendido en gran medida.

El siguiente cuadro ilustra el efecto discriminatorio del nuevo sistema. Indica los porcentajes de lesiones profesionales reconocidas en relación a las lesiones profesionales declaradas durante el periodo 1994-1997.

Cuadro 14: **Índice de reconocimiento de enfermedades profesionales en relación al número de enfermedades declaradas en función del género en Suecia entre 1994 y 1997**

	Mujeres	Hombres	Total
Trastornos musculoesqueléticos	21	39	28
Agentes químicos	47	62	57
Causas sociales o vinculadas a la organización del trabajo	10	10	10
Total	23	44	34

Fuente: Alexanderson y Östlin en: Marklund, 2001, p. 126

Una campaña sindical realizada en 1998 obtuvo ciertos resultados, por lo que el sistema de reconocimiento fue reconducido. El número de enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 trabajadores cubiertos, que había alcanzado su punto más bajo en 1997 (con 73 casos), experimentó un aumento regular: 89 casos en 1998, 126 en 1999 y 138 en 2000 (Eurogip, 2002-a). Sin embargo, el índice de desestimaciones seguía siendo alto (en torno al 55% en 2000), lejos de los niveles de reconocimiento de ante de 1995 (1.242 casos reconocidos por cada 100.000 trabajadores cubiertos en 1990).

El trabajo a tiempo parcial, que afecta mucho más a mujeres que a hombres, constituye otro factor discriminatorio. El nivel de compensaciones concedidas a incapacidades y minusvalías está vinculado a las remuneraciones del trabajo. Si una enfermedad profesional o un accidente laboral ocurren durante un periodo en el que la mujer ha decidido o se ha visto obligada a trabajar de forma provisional a tiempo parcial, las indemnizaciones son calculadas sobre una base inferior a la del salario normal de un trabajo a tiempo completo, incluso si la trabajadora tenía intención de retomar este tipo de trabajo. Diferentes decisiones judiciales suecas se negaron a revisar la base del cálculo de las pensiones de invalidez.

Y sin embargo, las enfermedades vinculadas al trabajo afectan también a las mujeres

Aunque los datos estadísticos sean claros, no explican automáticamente un fenómeno tan extendido.

Una primera explicación, engañosamente inocente, sería que las trabajadoras tienen condiciones de trabajo que las exponen a riesgos de enfermedades profesionales mucho menos importantes.

Semejante explicación se contradice con los datos procedentes de los sistemas de información independientes de los organismos de compensación de enfermedades profesionales.

En algunos países de la UE, los datos sobre reconocimiento de enfermedades profesionales se pueden confrontar a los datos procedentes de otras fuentes que evalúan las enfermedades provocadas por el trabajo. Puede tratarse de sistemas de vigilancia epidemiológica puestos en marcha entre los médicos del trabajo o por el sistema de salud pública[155], de estudios sobre el

155. En el caso de Navarra, el sistema de vigilancia epidemiológica puesto en marcha por la Consejería de Sanidad interactúa con el sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales (Artieda, 2000). Los casos señalados por los médicos generalistas son objeto de una encuesta y los pacientes pueden iniciar los trámites con vistas al reconocimiento de su enfermedad profesional. Los resultados hablan por sí solos: Navarra tiene un índice de reconocimiento de enfermedades siete veces superior al de la media española.

estado de salud de los trabajadores, e incluso de investigaciones que, basándose en trabajos epidemiológicos sobre poblaciones específicas, intentan calcular, para el conjunto de trabajadores, el porcentaje de enfermedades (o de defunciones que se puedan atribuir a estas enfermedades) causadas por las condiciones laborales.

Sea cual sea la metodología aplicada, todas estas fuentes conducen a una conclusión evidente: hay una marcada falta de reconocimiento de las enfermedades profesionales, agudizada en el caso de las trabajadoras.

En Bélgica no se ha aplicado ningún sistema. El único elemento de constatación posible lo constituyen las declaraciones de los médicos del trabajo. Las declaraciones de enfermedades profesionales se efectúan obligatoriamente por los médicos del trabajo, que constatan este tipo de enfermedades en el marco de la vigilancia médica. Estas declaraciones no conducen necesariamente a una demanda de indemnización por parte de las personas afectadas. Y no todas las demandas de indemnización se inician a través de la declaración de un médico del trabajo. Muchas solicitudes se realizan después de la jubilación y algunas las hacen los miembros de la familia tras la muerte de la persona afectada. En 2000, de 1.378 casos de declaraciones de enfermedades profesionales, 526 (en torno al 40%) eran mujeres (FMP, 2002). Hay un importante contraste entre este 40% de enfermedades constatadas por los médicos del trabajo y los "resultados netos" del sistema de indemnización, en el que las mujeres representan alrededor del 15% de los casos de indemnización pactada (326 de un total de 2.101).

En el Reino Unido, diferentes fuentes de información pueden confrontarse a los datos que provienen del sistema de indemnización *(Industrial Injuries Scheme).*

La mejor visión de conjunto de la incidencia de enfermedades vinculadas al trabajo viene dada por los estudios "*Self-reported Work-related Illness*". Hasta la fecha se han realizado tres estudios de este tipo, en 1990, 1995 y en 1998/1999, en el marco del estudio sobre la fuerza de trabajo (*Labour Force Survey* - LFS). Se invita a las personas encuestadas a describir las enfermedades o los problemas de salud padecidos durante los doce meses previos al momento de la encuesta y que han sido causados (o agravados) por el trabajo. En base a estos datos, se pueden evaluar los problemas de salud vinculados al trabajo a partir de toda una serie de variables y en función de las profesiones.

Por otro lado, existe un registro de enfermedades profesionales elaborado voluntariamente por los médicos especialistas del *Occupational Disease Intelligence Network* (ODIN). Los médicos son, o bien médicos del trabajo, o bien médicos especializados elegidos en función de las enfermedades de cada disciplina. El sistema ODIN está formado actualmente por diferentes registros. La información que facilita no es exhaustiva en tanto en cuanto no recoge datos sobre todas las enfermedades profesionales. La mayoría de los trabajadores británicos no tiene acceso a los médicos del trabajo, y una parte de las enfermedades puede que no sean examinadas por los especialistas elegidos por el sistema de seguimiento. Sin embargo, los datos aportados por el sistema ODIN son mucho más fiables que los que se derivan del sistema de indemnizaciones.

A esto hay que añadir que ciertas enfermedades profesionales (recogidas en una lista) deben ser declaradas por los empleadores al HSE en el marco del *Reporting of Injuries, Diseases and Dangerous Occurrences Regulations* (RIDDOR)**. El sistema RIDDOR es mucho menos útil para las enfermedades profesionales que para los accidentes laborales y sus niveles de infradeclaración son muy elevados.

Las actas de defunción se utilizan para calcular la mortalidad causada por ciertas enfermedades profesionales. Se trata principalmente de cánceres y enfermedades pulmonares.

Los resultados del estudio LFS de 1998/1999 son clarificadores (Jones et al., 2001). Algo más de 1.320.000 personas que trabajan sostienen haber padecido alguna enfermedad provocada o agravada por su trabajo en los doce meses anteriores a la encuesta[156]. De esa cifra, aproximadamente 600.000 son mujeres y 723.000 hombres. Semejante distribución cuantitativa corresponde aproximadamente a la proporción de hombres y mujeres que tienen un empleo. De hecho, las tasas de prevalencia masculina y femenina son, en conjunto, las mismas, con un 4,6% del total de la fuerza de trabajo.

156. Los resultados que aquí se presentan sólo se refieren a Gran Bretaña. No se han incluido los de Irlanda del Norte.

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen la principal categoría de enfermedades declaradas (alrededor de 560.000 casos), seguida por el estrés, la depresión y la ansiedad (más de 430.000 casos). En el caso de los trastornos musculoesqueléticos, la tasa de prevalencia de las mujeres es ligeramente inferior a la de los hombres (1,9% del total de la fuerza de trabajo frente al 2%). En el caso del estrés, la depresión y la ansiedad, la tasa de prevalencia femenina es superior (1,7% frente al 1,4%).

El análisis de los datos de este estudio permite asimismo formular la hipótesis de que las mujeres se ven más afectadas por el desgaste físico en el trabajo, lo que puede contribuir su exclusión del mundo laboral. Si examinamos los datos generales, las tasas de prevalencia son prácticamente iguales entre hombres y mujeres[157]. Sin embargo, al introducir los parámetros de sexo y edad, aparecen ciertos matices. Entre los 16 y los 34 años, la tasa de prevalencia de las enfermedades causadas por el trabajo es más alta en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Entre los 35 y los 44 años ocurre prácticamente lo mismo. Vuelva a ser más alta entre los 45 y los 54 años y mucho menos a partir de los 55. Esto podría indicar que el deterioro de la salud por las malas condiciones laborales contribuye a una tasa de empleo de las mujeres inferior a la de los hombres en las franjas de edad más altas. Es probable que exista una estrategia de defensa de la salud que consista en retirarse del mercado laboral antes de que las condiciones laborales provoquen daños a la salud. Habría que profundizar en estos datos antes de poder sacar conclusiones.

157. No era el caso de las encuestas anteriores, organizadas en 1990 y 1995, cuyas tasas de prevalencia masculina eran más elevadas (tasas globales no estandarizadas en función de las actividades profesionales o del tiempo de trabajo).

Los datos generales recogidos en la UE por Eurostat durante el estudio sobre la fuerza de trabajo en 1999 (Dupré, 2002) indican que en todos los países analizados en el estudio, excepto Grecia, la tasa de prevalencia de enfermedades vinculadas al trabajo son superiores entre las mujeres cuando los datos se ajustan a su equivalente a tiempo completo.

Cuadro 15: **Índice de prevalencia de los problemas de salud derivados del trabajo (1999). Relación hombres/mujeres**

Países	DK	GR	ES	IE	IT	LU	PT	FI	SE	GB	UE
Total estandarizado	0,5	3,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,6

Fuente: Eusrostat (Dupré, 2002, p.5)

Si se aborda la cuestión por las exposiciones a riesgos profesionales, constatamos igualmente que éstas no explican el enorme desfase que se da en el reconocimiento de enfermedades profesionales entre hombres y mujeres. Incluso si nos limitamos a una tipo de exposición como las vibraciones, que afecta principalmente a profesiones masculinas, la diferencia entre hombres y mujeres es muy inferior al que se da en el reconocimiento de enfermedades profesionales vinculadas a estas exposiciones específicas. Recordemos los datos británicos: de los 3.212 casos de enfermedades profesionales reconocidos, 5 son mujeres. El *Health and Safety Executive* ha emprendido una investigación para evaluar el número de trabajadores expuestos a vibraciones (HSE, 1999-a y b).

En lo referente a las vibraciones transmitidas por las manos (VTM), las cifras son las siguientes:

- 4,2 millones de hombres y 667.000 mujeres están expuestos a las VTM en el Reino Unido.
- La exposición personal diaria a las VTM excede el nivel aconsejado ($2{,}8ms^{-2}$ por cada ocho horas) en el caso de 1,2 millones de hombres y 44.000 mujeres.
- Entre las profesiones femeninas, las que se encuentran más a menudo expuestas a las VTM son las asistentas y las limpiadoras.

En lo referente a las vibraciones globales del cuerpo (VGC), las cifras son las siguientes:

- 7,2 millones de hombres y 1,8 millones de mujeres están expuestos a las VGB en el Reino Unido.
- La exposición personal diaria a las VGC excede el nivel aconsejado (équivalente a $15ms^{-1,75}$) en el caso de 374.000 hombres y 9.000 mujeres.
- Entre las mujeres, el riesgo de padecer dolor lumbar aumenta considerablemente cuanto mayor es la exposición a las VGB durante la semana anterior al momento de aparición de los dolores.

Algunas hipótesis sobre los mecanismos de discriminación

La comparación con los datos que provienen de fuentes independientes de los sistemas de indemnización no dejan lugar a dudas: los sistemas de indemnización son el origen de importantes discriminaciones hacia las trabajadoras. Sin embargo, a pesar de la directiva comunitaria sobre igualdad de trato en los regímenes de seguridad social, no se ha llevado a cabo ninguna iniciativa para paliar esta situación. Peor aún, a nivel comunitario no se ha llevado a cabo ninguna evaluación sistemática.

Los mecanismos de discriminación no son directos. En su funcionamiento, los sistemas de indemnización tratan aparentemente a hombres y mujeres por igual. ¿Cuáles pueden ser los mecanismos de discriminación indirecta que conducen a los resultados que hemos presentado?

Podemos adelantar algunas hipótesis:

- La segregación sexual ha concentrado a los hombres en sectores en los que las enfermedades profesionales se han observado y estudiado desde hace más tiempo.

- La movilización social se ha manifestado fundamentalmente a través de organizaciones sindicales en las que los hombres están mejor representados que las mujeres. En consecuencia, las enfermedades recogidas en las listas que han sido negociadas tienden a darse en mayor número en el colectivo masculino.
- Cuando las condiciones limitativas se refieren a sectores y actividades en concreto, observamos que se refieren más a menudo a sectores de fuerte presencia masculina (por ejemplo, las lumbalgias se reconocen más en el caso de los obreros de la construcción que en el de las puericultoras[158]).
- El carácter, a menudo menos continuo, de la carrera profesional de las mujeres, supone un obstáculo para el reconocimiento de una enfermedad profesional (para el caso de los cánceres profesionales, véase Thébaud-Mony et al., 2003). Un mayor número de enfermedades se incluirá en la morbilidad general (en caso de desempleo, de una larga interrupción de la carrera profesional, de alejamiento definitivo del mercado laboral, etc.).
- La precariedad del empleo desempeña un papel comparable al de la discontinuidad de las carreras profesionales. Un gran número de las personas afectadas no declaran una enfermedad profesional para evitar la pérdida de su empleo. Es posible que este fenómeno afecte en mayor medida a las mujeres que a los hombres.
- En líneas generales, las enfermedades vinculadas a la organización del trabajo (intensidad, ausencia de autonomía, etc.) se consideran enfermedades menos específicas que las provocadas por agentes materiales físicos o químicos. Las dificultades existentes a la hora de reconocer los trastornos musculoesqueléticos ilustran este fenómeno cuya perspectiva de género es importante (ver Kome, 1998). El caso del Reino Unido es muy indicativo en este sentido.

158. Esto ocurrió en Dinamarca cuando se introdujeron las lumbalgias en la lista de enfermedades profesionales. Sólo se tomaba en consideración la manipulación de objetos, mientras que la carga de personas estaba excluida. Semejante planteamiento excluía a la mayor parte de los sectores femeninos implicados (trabajo sanitario, servicios sociales). En la actualidad ya no existe esta restricción discriminatoria.

De entre todos estos factores, podemos considerar que sólo se alcanzará la igualdad si:
- Se revisan las listas, de forma que se incluyan las enfermedades más frecuentes entre las trabajadoras.
- Se elimina la mayor parte de las condiciones restrictivas de las listas.
- Se mejora el sistema mixto, aplicando en especial la carga de la prueba.

El fracaso anunciado de la política comunitaria

Las primeras iniciativas comunitarias en materia de salud laboral tenían por objeto la armonización de los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales y la creación de un marco común para la medicina laboral. Tomaron la forma de

recomendaciones de la Comisión, es decir, textos que no son de obligado cumplimiento. La primera de estas iniciativas fue adoptada el 23 de julio de 1962[159], y se centraba en las indemnizaciones de las enfermedades profesionales. Esta recomendación abogaba por el establecimiento de una lista uniforme de enfermedades o agentes que pudieran provocar dichas enfermedades. Al mismo tiempo, recomendaba la apertura de sistemas de reconocimiento de cualquier enfermedad cuyo origen profesional estuviera suficientemente establecido. Contemplaba igualmente la creación de un sistema de declaración de ciertas enfermedades no incluidas en la lista para permitir una revisión periódica de la misma. El texto indicaba cuales serían los procedimientos futuros de la intervención comunitaria: unificar las condiciones de concesión y el nivel de las prestaciones en caso de enfermedad profesional, así como desarrollar las estrategias de prevención basadas en mejores conocimientos médicos y científicos. El sistema de declaración comunitaria que se habría de aplicar debía permitir el establecimiento de comparaciones entre los diferentes países.

159. *DOCE*, 31 de agosto de 1962, p. 2188.

Cuatro años más tarde, el 20 de julio de 1966, la Comisión adoptó una nueva recomendación sobre las condiciones de indemnización de las víctimas de enfermedades profesionales[160]. Esta vez retomaba el principio de apertura de los sistemas nacionales al reconocimiento de las enfermedades cuyo origen profesional hubiera sido demostrado. El texto precisaba que las "condiciones restrictivas actuales" son "por lo general arbitrarias, como lo demuestra el hecho de que, tratándose de una misma enfermedad profesional, existen tales condiciones en varias legislaciones nacionales, pero de ningún modo son las mismas". Lo dispuesto en la recomendación de 1966 era mucho más preciso que en la de 1962 al optar por suprimir en los cuadros "las condiciones que describen las manifestaciones clínicas de las patologías, las actividades, los trabajos y los entornos profesionales, los periodos de exposición a los riesgos y los periodos para constatar las manifestaciones de la enfermedad una vez interrumpida la exposición al riesgo". Sólo en un reducido número de casos, incluidos en un anexo, la recomendación de 1966 consideraba que se podían determinar condiciones limitativas. Estas últimas se referían, unas veces a los sectores y a las actividades, y otras a las características de la patología (crónica, grave o que impliquen una incapacidad). La recomendación versaba asimismo sobre el establecimiento de un sistema mixto. En este punto, si la carga de la prueba recae sobre la víctima, la recomendación establece que el organismo asegurador lleve a cabo obligatoriamente "cualquier iniciativa necesaria para buscar el origen profesional de la enfermedad".

160. *DOCE*, 9 agosto de 1966, p. 2.696.

La recomendación de 1966 pretendía que se aplicara un sistema de informes de los Estados miembros cada dos años, de forma que se pudiera llevar a cabo una revisión periódica de la lista europea.

Las recomendaciones de 1962 y 1966 siguen sin ser aplicadas.

El 22 de mayo de 1990, la Comisión adopta una nueva recomendación. En ella se instaba una vez más a los Estados miembros a aplicar los principios definidos un cuarto de siglo antes. En este texto se actualizaba la lista europea por primera vez en 24 años, mientras que se había establecido una puesta al día periódica cada dos o tres años. La recomendación constataba que la mayor parte de los países comunitarios seguían sin aplicar el sistema mixto. Únicamente Dinamarca y Luxemburgo parecían aplicar un sistema acorde a las indicaciones de las recomendaciones de 1962 y 1966.

La elección de una simple recomendación era una medida de por sí sorprendente. Cierto es que existían obstáculos jurídicos reales: para adoptar una directiva era necesario contar con el apoyo del Consejo de Ministros. Muchos Estados miembros se oponían a cualquier instrumento obligatorio en este sentido. La recomendación contenía un aviso final que rezaba así: "la Comisión ruega a los Estados miembros que se le informe de las medidas adoptadas o que se pretendan adoptar con el fin de aplicar la presente recomendación en un plazo de tres años. Llegado ese momento, la Comisión analizará la situación de la presente recomendación en los diferentes Estados miembros para determinar la necesidad de proponer una disposición legislativa de obligado cumplimiento".

El 20 de septiembre de 1996, la Comisión adopta una comunicación sobre la lista europea de enfermedades profesionales[161]. En ella concluye que era "prematuro proponer actualmente una disposición legislativa obligatoria para sustituir a la de 1990". La Comisión contemplaba que "sin embargo se estudiará esta posibilidad cuando se actualice la lista europea de enfermedades profesionales". Esa actualización debería llevarse a cabo próximamente, a lo largo del año 2003. Aunque sólo consistirá en una nueva recomendación que actualizará la lista teniendo en cuenta ciertas patologías reconocidas en diferentes Estados miembros. La adopción de un instrumento de obligado cumplimiento se ha pospuesto indefinidamente.

161. Documento COM(96) final.

Cuadro 16: **Enfermedades profesionales declaradas y reconocidas en los 12 países de la UE entre 1990 y 2000**

	Nuevos casos de enfermedades profesionales declaradas por cada 100.000 trabajadores.			Nuevos casos de enfermedades profesionales reconocidos por cada 100.000 trabajadores (Porcentaje de casos aceptados)		
País	**1990**	**1995**	**2000**	**1990**	**1995**	**2000**
Alemania	192	235	211	35 (18,3%)	66 (27,9%)	49 (23,1%)
Austria	151	133	103	78 (51,8%)	52 (39,3%)	42 (41,7%)
Bélgica	431	336	277	186 (43,2%)	204 (60,9%)	112 (40,5%)
Dinamarca	549	669	545	90 (16,4%)	131 (19,6%)	124 (22,8%)
Finlandia	320	331	238	160 (50%)	110 (33,1%)	64 (27%)
Francia	63	103	237	44 (70%)	76 (73,8%)	177 (75%)
Grecia	-	5,3	4,5	-	4,7 (90%)	3,5 (78,1%)
Irlanda	4,4	6,4	7,5	2,3 (52%)	5,5 (87%)	3,3 (44%)
Italia	354	211	160	93 (26,2%)	39 (18,5%)	33 (20%)
Luxemburgo	113	49	82	8 (6,7%)	15 (30,9%)	14 (16,9%)
Portugal	-	57	55	-	42 (73,1%)	27 (48,9%)
Suecia	1.524	642	309	1.242 (81,5%)	258 (41,3%)	138 (45%)

Fuente: Eurogip, 2002-a.
Este cuadro ha sido confeccionado a partir de los datos incluidos en los tres cuadros del citado informe, pp. 12, 22, 30. En dicho informe se pueden encontrar datos más detallados para cada año del periodo analizado, así como una explicación de la metodología aplicada. Los datos no son totalmente uniformes a causa de las diferencias que hay entre los sistemas de compensación de enfermedades profesionales.

Si hubiera que definir las prioridades en materia de prevención basándose en los datos derivados de la declaración y del reconocimiento de enfermedades profesionales en Europa, habría que resignarse a una serie de constataciones absurdas. Los datos disponibles nos informan más sobre las prácticas sociales de ocultación que sobre la realidad de la salud laboral. Un estudio reciente de Eurogip (2002-a) ilustra las enormes disparidades entre los sistemas nacionales de declaración y de reconocimiento de enfermedades profesionales, y permite hacerse una idea de las desigualdades sociales que éstas implican.

Entre los Estados de la UE analizados en este estudio, pasamos de un mínimo de 3,3 enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 trabajadores en Irlanda, a un máximo de 177 en Francia.

No se observa un verdadero acercamiento entre los sistemas nacionales ni en lo que respecta a los datos generales recogidos en el cuadro anterior, ni en lo que respecta a las principales patologías. En diez años, la diferencia existente entre los puntos extremos prácticamente no ha cambiado, salvo en el caso de Suecia. Los cambios en estos últimos diez años son muy diferentes de un país al otro. En los países escandinavos, Austria e Italia, se observa una impresionante disminución del número de enfermedades profesionales reconocidas (con un ligero aumento en Italia y Suecia en los dos o tres últimos años). Las políticas de austeridad han desempeñado un papel determinante en este retroceso, que también es real aunque menos marcado en Bélgica. En Francia y España se observa el fenómeno contrario: hay un crecimiento constante del número de enfermedades reconocidas, que se puede atribuir a un mayor reconocimiento de las lesiones musculoesqueléticas en los dos países, y de las enfermedades causadas por el amianto en Francia. En Alemania hubo un aumento de las enfermedades reconocidas entre 1990 y 1996, al que sucedió una disminución constante a partir de 1997. En el Reino Unido, el número de enfermedades profesionales reconocidas es bastante bajo si lo comparamos con el de otros países de la UE. En la década de 1990-99 no ha habido un progreso considerable, con una media de más de 3.000 enfermedades pulmonares y entre 4.000 y 5.000 patologías reconocidas anualmente. En los últimos años (entre 1998 y 2000), se observa una disminución clara de las enfermedades pulmonares reconocidas y un estancamiento de las demás enfermedades.

Capítulo 8
El reconocimiento de las enfermedades profesionales: ¿una lotería en la que siempre pierden las mujeres?

Desde hace algunos años, la palabra inglesa *mainstreaming* está de moda. Define el proceso por el que una política en concreto alcanza sus objetivos informando de otras políticas. Semejante concepto parte de una premisa indiscutible: las políticas interaccionan entre ellas. Si se establece un objetivo como fundamental, es legítimo que todas las políticas que pudieran tener un impacto sobre la consumación de dicho objetivo se conciban, se evalúen y se revisen con regularidad en base al análisis de sus relaciones con el mismo. De este modo, una política determinada en el ámbito de la seguridad social o de la educación puede tener un impacto positivo o negativo sobre la igualdad entre hombres y mujeres. La transversalidad de las relaciones sociales entre los sexos implica que cualquier política, sea cual sea su ámbito específico, pueda ser evaluada desde la perspectiva de la igualdad de géneros. El análisis de género debe aplicarse tanto a la política agrícola como a la organización de los transportes, a las relaciones comerciales internacionales y la investigación genética, a la forma de establecer estadísticas y a la atribución de recursos para infraestructuras colectivas.

El papel del análisis de género en los diferentes países de la UE varía enormemente en función de las políticas. La aplicación del análisis de género se legitima en todos los ámbitos sociales, interpretados en un sentido amplio: políticas de empleo, seguridad social, formación, inmigración, investigación científica, formas de decisión política, etc. Esto no significa necesariamente que dicho análisis desemboque en políticas que favorezcan la igualdad, pero al menos se plantea la cuestión del género y se puede establecer un debate.

Sin embargo, cuando se trata del "núcleo duro" de las competencias económicas, el análisis de género se descarta siempre. No obstante, es fácil demostrar el enorme impacto que tienen las instituciones económicas sobre la igualdad. En algunos casos, la relación resulta evidente: hay efectos directos e inmediatos sobre la igualdad. A modo de ejemplo, la privatización de los servicios públicos afecta a las mujeres de forma específica, ya que son más numerosas en este sector. Su propia calidad

de vida depende más que la de los hombres de la calidad de ciertos servicios públicos. El nivel inferior de sus ingresos, su menor proporción de riqueza en general, las hacen más dependientes de los mecanismos de redistribución económica garantizada por una parte de los servicios públicos. En otros casos, las relaciones pueden ser más complejas. Sería necesario analizar los efectos indirectos, finales, o según el valor mediano, antes de poder determinar los impactos en el ámbito de la igualdad. A modo de ejemplo, citaremos los derechos de propiedad intelectual y, en particular, las patentes biológicas o de medicamentos, que tienen un impacto de género real, a pesar de que sea difícil demostrar su impacto (Miese y Shiva, 1998, ofrecen un sustancioso análisis con numerosos casos de aplicación concreta desde una perspectiva ecofeminista).

No tenemos constancia de que se haya intentado realizar un análisis de género sobre la reglamentación del mercado y su impacto en la salud laboral. Tendremos que limitarnos a proponer algunas hipótesis razonables basadas en la observación de algunos casos prácticos. Estas hipótesis merecen ser verificadas mediante un análisis más sistemático, que supera los límites del presente trabajo.

Equipos de trabajo y equipos de protección individual

Al interrogar a las trabajadoras sobre las lesiones musculoesqueléticas, una de las quejas más habituales es la mala adaptación de los equipos de trabajo. Esto las obliga a adoptar posturas forzadas que a veces empeoran sobremanera la carga global de trabajo. Muy a menudo, las trabajadoras opinan que los equipos de trabajo están concebidos por personas que no tienen en cuenta el confort ergonómico de las usuarias finales, concentrándose más en la productividad y anteponiendo en gran medida exclusivamente la prevención de accidentes en detrimento de la salud laboral. Los problemas son particularmente importantes en los sectores tradicionalmente masculinos. En las minas o en la construcción (CLR, 1997), la inadaptación de los equipos de trabajo y de los procedimientos de producción a las mujeres sigue siendo un importante obstáculo para la igualdad.

En cuanto a los equipos de protección individual, se dan quejas parecidas. Algunos datos sobre los EE.UU. (Weaver et al., 1996, p. 60) indican que "los equipos de protección individual han sido concebidos para hombres de talla media y no siempre se adaptan a las mujeres y los hombres de talla pequeña. Cerca

de un 5% de los hombres y más de un 50% de las mujeres no disponen de equipos apropiados. Las botas y los guantes son una de las causas de problemas más graves para las mujeres. Las mujeres que llevan equipos de protección respiratoria demasiado grandes, concebidos para los hombres, corren un riesgo de sobreexposición a sustancias peligrosas. Aunque existan equipos de protección de las vías respiratorias más pequeños, no siempre están disponibles en los lugares de trabajo. En un estudio (…) sobre las mujeres que trabajan en las minas de carbón, el 75% de ellas llevaban botas de hombres porque las botas de mujeres disponibles eran de una calidad inferior. Además, los fabricantes no podían garantizar la calidad de las botas para mujeres. Las botas mal adaptadas causan problemas como lesiones en los tobillos y caídas".

La situación en Europa no parece ser muy diferente.

Estas quejas plantean cuestiones importantes en lo que se refiere a la reglamentación del mercado. Sería un error reducir todos los problemas al mero diseño de los equipos de trabajo por parte de los fabricantes. Una importante parte de los problemas señalados pueden sucederse en cadena cuando la dirección de la empresa escoge los equipos de trabajo o cuando se diseñan y se aplican los procesos de trabajo. En España, la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (1999) estudia si la opinión y las sugerencias de los trabajadores se tienen en cuenta en las decisiones de la empresa. En la encuesta se analizan seis de estas categorías de decisiones. La diferencia entre hombres y mujeres no es muy grande salvo en dos campos: la elección de los equipos de trabajo (para un 55,2% de los hombres, su opinión se toma en cuenta, frente al 47,3% de las mujeres) y las actividades preventivas (para un 50,3% de los hombres, su opinión se toma en cuenta, frente al 34,9% de las mujeres). Aparentemente, se crea un círculo vicioso entre las prácticas en el entorno de trabajo y el universo masculino del diseño de los equipos de trabajo. Tanto para las empresas como para los diseñadores, las mujeres parecen menos aptas que los hombres para formar parte del mundo de la técnica. Su concepción de los equipos de trabajo sería menos racional y, en consecuencia, menos pertinente. Por esta razón, los equipos de trabajo pueden empeorar las condiciones de trabajo de las mujeres al no tener en cuenta sus necesidades reales. Esta tendencia se confirma en el ámbito de la informática, a sabiendas de que los equipos o los programas son utilizados mayoritariamente por mujeres. Se demuestra una vez más que el estereotipo que se asocia a la fuerza física esconde una cuestión de poder.

Las instrucciones de uso y la documentación que acompaña a los equipos (tanto los equipos de trabajo como los equipos de protección individual) son importantes nexos entre la fabricación de dichos equipos y su forma de utilización. En la legislación comunitaria, estos nexos están regulados por las directivas sobre el mercado.

La regulación del mercado de los equipos de trabajo en la UE se apoya en lo que se conoce como "Nuevo Enfoque". Se trata de un concepto elaborado en la primera mitad de los años ochenta[162].

162. El referente principal para la adopción del Nuevo Enfoque en las políticas comunitarias de regulación del mercado es la Resolución del Consejo de 7 de mayo de 1985 (DOCE, nº C136, 4 de agosto 1985)

La aportación de las directivas de Nuevo Enfoque se puede resumir en tres puntos:

- Reconocimiento del papel de la normalización como instrumento complementario de la regulación. Se apela a normas técnicas elaboradas por organismos a caballo entre el sector público y el sector privado en los que la industria está representada de forma mayoritaria.
- Definición de un nuevo tipo de directiva centrado en las exigencias fundamentales que deben tener los productos para circular libremente en el mercado comunitario.
- Apertura hacia una política de evaluación de la conformidad (este último punto, que es el más flojo de todos, se añadió posteriormente).

La homogeneización legislativa se limita a la adopción de exigencias básicas en materia de salud y seguridad a las que deben ajustarse los productos presentes en el mercado, que se beneficiarán de la libre circulación en la UE. Las especificaciones técnicas detalladas deben ser reflejadas en las normas homogeneizadas que los organismos europeos de normalización, dirigidos por la Comisión, hayan elaborado. Estas normas no son de carácter obligatorio, pero los productos ajustados a ellas disfrutan de una presunción de conformidad a las exigencias de las directivas. Si los productos no respetan las normas homogeneizadas, o sólo las respetan en parte, o si no existen tales normas, se evaluará su adecuación a las exigencias esenciales. En algunos casos, esta conformidad deberá ser corroborada por un organismo legal de acuerdo a los procedimientos más o menos estrictos en función del nivel de riesgo inherente al producto. Los procedimientos de certificación que debe respetar el fabricante se especifican en cada una de las directivas.

En el marco del Nuevo Enfoque se han adoptado una veintena de directivas. La más importante es la 89/392 de 14 de junio de

1989 sobre máquinas[163] (enmendada en varias ocasiones y refrendada por la directiva 98/37[164]).

Los puntos más importantes para el análisis de género de la regulación comunitaria sobre el mercado de equipos de trabajo son probablemente los siguientes:

- El lugar que ocupa la salud y, en particular, la situación de la ergonomía. La normalización técnica se ha centrado tradicionalmente en otras prioridades: facilitar el comercio y la compatibilidad entre los equipos producidos por empresas diferentes, asegurar un elevado nivel de productividad y evitar los accidentes integrando la seguridad desde la etapa del diseño. Parece que este último objetivo está subordinado a los dos primeros[165]. Evidentemente, el paso de la prevención de los accidentes a la prevención de cualquier daño a la salud no es fácil. Implica un debate multidisciplinar en el que la contribución de la ergonomía reviste una importancia fundamental. A juzgar por los hechos, esta cooperación es a menudo problemática. La norma EN 1050, que desempeña un importante papel al definir los principios de valoración del riesgo que establecen los diseñadores en el ámbito de la seguridad de las máquinas, sigue siendo escasa a la hora de integrar las exigencias ergonómicas. Esta norma propone una metodología que se adapta mal a los problemas suscitados por la ergonomía. La referencia que hace a las normas de tipo B[166] no permite paliar las carencias de éstas en el ámbito de la ergonomía.
- El estado de los datos biomecánicos y antropométricos. Las normas relativas a la antropometría y a la biomecánica apuntan a la necesidad de tener en cuenta las características tanto de los hombres como de las mujeres. En principio, según las normas EN 614-1 y EN 614-2, los equipos de trabajo deben ser concebidos para satisfacer las exigencias de operarios y operarias. El objetivo es cubrir el 90% de la población de este sector (del 5º percentil al 95º). Si se trata de aspectos importantes de seguridad y salud, la población cubierta tiene que ser al menos el 98% (hasta el 1er percentil y/o hasta el percentil 99º). Sin duda, es el único ámbito en el que se reconoce como legítima una cierta integración de la dimensión de género en el proceso de normalización. Según Ringelberg y Koukoulaki (2002), en la práctica los fabricantes de equipos de trabajo no siempre utilizan estos datos. Este último elemento plantea el problema del control de un mercado que se apoya, en mayor medida, en la intervención de agentes privados cuyos intereses económicos pueden ser contrarios al respeto de las exigencias de seguridad.

163. DOCE, 29 de junio de 1989, L 183, p. 9.

164. DOCE, 23 de julio de 1998, L 207, p. 1.

165. Limou (2003, p. 43) recoge los resultados de una encuesta sobre la formación en las escuelas de ingenieros en Francia: "En muchas escuelas, la prevención se concibe más bien como una imposición reglamentaria que como un elemento de la profesión de ingeniero. Habría que incorporarla a unos programas muy sobrecargados y es difícil concederle más espacio".

166. Las normas del tipo B se refieren a aspectos de seguridad de un amplio conjunto de máquinas.

- La mejora de la experiencia de los trabajadores y las trabajadoras y su participación en los procesos de diseño de los equipos. Es uno de los principales puntos débiles del sistema. Nada obliga a los diseñadores y fabricantes a tener en cuenta las condiciones reales de trabajo. Las necesidades manifestadas por los trabajadores hoy en día no cuentan prácticamente para nada en los procesos de normalización ni en las fases habituales del diseño de los equipos de trabajo. Este eslabón que falta concierne tanto a los hombres como a las mujeres, pero hay razones de peso para suponer que los efectos no son los mismos en función del género. De hecho, según las estadísticas de los países de la UE, las mujeres sufren menos accidentes laborales que los hombres a causa de la división del trabajo (son menos numerosas en aquellos sectores en que los accidentes son más frecuentes). No nos consta ninguna estimación más precisa sobre la proporción de accidentes vinculados al uso de los equipos de trabajo. Sin embargo, las mujeres padecen en mayor medida los daños a la salud habituales del deterioro físico causado por el trabajo, como los trastornos musculoesqueléticos. Una vez más, no tenemos conocimiento de que existan cifras sobre del número de patologías vinculadas con los equipos de trabajo[167]. Sin embargo, basándonos en los testimonios de las trabajadoras, los equipos de trabajo inadecuados se mencionan a menudo como uno de los factores importantes.

Actualmente, se está llevando a cabo una revisión de la directiva Máquinas. En este sentido, las organizaciones sindicales han intervenido en diferentes ocasiones para defender un concepto que integre en mayor medida los criterios ergonómicos y que conceda el lugar real a la experiencia de los trabajadores y la organización de los sistemas de información que permitan un aumento de las experiencias prácticas desde las empresas. Por su parte, el BTS intenta –con medios limitados- contribuir a este debate. Cabe destacar que ha publicado un informe sobre la valoración de los riesgos de lesiones musculoesqueléticas en el diseño de las máquinas (Ringelberg, Koukoulaki, 2002).

La regulación del mercado de sustancias químicas

Ardystil y Bayer: precariedad salvaje y poder de la industria química

El 30 de junio de 2003, más de once años después de los hechos, la Audiencia Provincial de Alicante condena a una parte de los responsables en lo que se denominó el "caso Ardystil". Las penas, para quienes conocen la habitual

167. Una estimación precisa no tendría ningún sentido en la medida en que las lesiones musculoesqueléticas se deben, muy a menudo, a la combinación de un conjunto de factores en los que los equipos de trabajo interactúan con el carácter repetitivo de de la actividad, la intensidad del trabajo, la presión impuesta por el factor tiempo, etc. En una evaluación quebequense sobre las intervenciones ergonómicas destinadas a prevenir las lesiones musculoesqueléticas en diferentes sectores industriales, el 71% de dichas intervenciones se refería igualmente a los equipos de trabajo y consistían en modificaciones sobre las máquinas o sobre las herramientas manuales o en la introducción de nuevos equipos (como ayuda a la manipulación) o nuevas herramientas (St Vincent et al., 2000).

impunidad patronal en el ámbito de la salud laboral, se salen de lo común. La propietaria de la empresa Ardystil fue condenada a seis años de prisión y otros seis empresarios de la región fueron condenados a penas inferiores. Un inspector de trabajo que no había impuesto las medidas preventivas durante su visita a la empresa fue condenado a seis meses de prisión. Para el boletín sindical *Por Experiencia,* se trata de una sentencia que no hace justicia completamente. El titular que encabezaba la portada del número 21 de este boletín no deja lugar a dudas: "La sentencia deja escapar a la Bayer".

El caso Ardystil mostró las catástrofes sanitarias que podía producir el trabajo precario (FIA-UGT, 1993; Vogel, 1995). También destapó los defectos de la legislación comunitaria sobre el mercado de productos químicos. ¿Es casual que cinco de los seis muertos y que la mayor parte de afectados fueran mujeres? ¿Existe una dimensión de género en la manera discrecional en que la industria química gestiona los riesgos que genera?

El 15 de febrero de 1992, Isabel Miró muere en el hospital de Alicante. Primer diagnóstico: tuberculosis. En abril, otras dos jóvenes son hospitalizadas por trastornos pulmonares graves. Comparando una de las radiografías con las de Isabel Miró nace la hipótesis de un origen común de estas "tuberculosis" fatales. Las tres afectadas trabajaban en la misma empresa: Ardystil. El 8 de mayo, Yovana González (18 años) muere, mientras que cinco trabajadoras de Ardystil son hospitalizadas con fibrosis pulmonar. En los meses siguientes, más de 200 trabajadores se sometieron a exámenes médicos, de los cuales 80 presentaban alteraciones pulmonares. La mayoría de los afectados eran trabajadoras de Ardystil. Algunas de ellas trabajaban en otras empresas del sector de la aerografía. Entre agosto y noviembre se producen otras cuatro muertes. Las autoridades competentes en materia laboral de la Comunidad Valenciana decidieron cerrar todas las empresas del sector de la aerografía. El 5 de noviembre de 1992, al término de una reunión de expertos españoles y extranjeros, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana emite un comunicado en el que declara que el "Síndrome de Ardystil" es una nueva enfermedad profesional, desconocida en la literatura especializada. En 1993, el gobierno español inscribe este síndrome como nueva enfermedad en la lista de enfermedades profesionales. Era la única incorporación a la lista de enfermedades profesionales desde 1978.

Seis muertos (cinco trabajadoras y un trabajador) y alrededor de 80 afectados en diferentes grados. Incurren en este caso una compleja combinación de causas. La precarización del trabajo tuvo un papel determinante. Las condiciones de trabajo eran desastrosas. Las empresas implicadas eran subcontratas de la industria textil que realizaban estampados en tejidos por aerografía al coste más bajo posible. Se trata de un caso típico de subcontrata en el que la mayor parte de las condiciones técnicas se determinan por la presión económica de las empresas dominantes. La propietaria de Ardystil no tenía experiencia alguna en este tipo de trabajo. Recibía las telas en las que se estampaban diferentes motivos. Dichos tejidos eran devueltos después a las empresas productoras para ser comercializados. Los productos manufacturados eran cortinas y manteles. La mano de obra era barata porque se trataba de contratos especiales para jóvenes parados. El equipo de trabajo era de lo más rudimentario y los precios, muy competitivos.

La empresa, sin embargo, había recibido una inspección de trabajo, que se rigió por una especie de pacto social tácito. Una vez que las normas mínimas (principalmente las contribuciones a la Seguridad Social) que evitan la competencia desleal están cubiertas, el empleo muy precarizado no puede pretender gozar de las mismas condiciones de salud y seguridad que el trabajo estable.

Ardystil trabajaba con procedimientos primitivos, más parecidos a la artesanía que a la industria moderna, aunque esto es sólo una parte de la realidad. En este caso se da una mezcla explosiva entre arcaísmo y modernidad, una combinación de pequeñas empresas primitivas con grupos altamente competitivos que disponen de un equipo de expertos científicos reputados.

Ardistyl aplicaba un procedimiento concebido y comercializado en diversos países europeos por una importante multinacional de la química, el grupo Bayer. El procedimiento en cuestión consiste en utilizar varios productos denominados Acramoll W, Acrafix FH y Acramin FWN. Un estudio permitió identificar el Acramin (y en particular la versión modificada de este producto) como uno de los agentes causantes de las fibrosis pulmonares. De acuerdo a las normas comunitarias, Bayer llevó a cabo algunas pruebas y elaboró fichas de seguridad. Estas fichas, evidentemente, no contienen la fórmula química de los productos, sólo identifican, de forma muy general, la categoría de las sustancias utilizadas. De este modo, el Acramin estaba descrito

simplemente como una sal de poliamida. En cuanto a los riesgos de uso, a la vista de lo que ocurrió, parece que fueron realmente subestimados.

Según A. Calera[168], un estudio epidemiológico publicado en 1994 por la revista Lancet identificaba el Acramin FWN como una de las causas de la enfermedad. La explicación de uno de los expertos consultados por la Sala de lo Penal de la Audiencia Provincial de Alicante, el Dr. Cabrera Bonet, va en la misma línea (segundo punto de los considerandos de la sentencia). Las manifestaciones patológicas comenzaron a aparecer a partir de octubre de 1991 cuando el Acramin FWR, un producto en polvo, fue sustituido por el Acramin FWN en forma líquida. Dos hipótesis merecen ser estudiadas: el cambio de fórmula química pudo modificar la toxicidad del producto; el paso de polvo a líquido posibilitó nuevos modos de utilización que crearon cambios en las exposiciones y en las reacciones químicas que se producían en la atmósfera del lugar de trabajo. Las patologías sólo se manifestaron en sus formas más graves en las dos empresas (Ardystil y Aeroman) en las que el Acramin se utilizó en forma líquida.

168. A. Calera, *Investigaciones toxicológicas insuficientes. Sin embargo no hay duda del origen laboral*, Por Experiencia, n° 17, julio 2002.

Bayer siempre declaró que estaba claro que el producto había sido concebido para ser aplicado al rodillo y no por aerografía, lo cual plantea un problema de base importante. ¿Deben las pruebas, la documentación comercial y las fichas de seguridad ser realizadas en función de lo que el productor define como condiciones normales de uso de un producto, o tienen que cubrir el conjunto de usos razonablemente posibles? En el caso Ardystil, el paso de un producto en polvo a un producto líquido suprimía el principal obstáculo técnico para la utilización por aerografía. Aunque la documentación suministrada por Bayer en la comercialización del producto no indicaba la posibilidad de utilizarlo por aerografía, tampoco señalaba que hubiera algún peligro en particular vinculado a esa forma de uso.

Según los datos de que disponemos actualmente, las únicas conclusiones que se puede sacar con certeza en lo referente a las reglas del mercado son las que siguen. El margen de arbitrariedad que se deja a la industria química en la evaluación de riesgos no asegura que la información facilitada a los usuarios sea suficiente para garantizar la protección de la salud. A este respecto, podemos citar la conclusión de un estudio sobre la toxicidad de los tres productos "Acra" de Bayer realizado por la Universidad de Lovaina (KUL): "El desastre de Ardystil y los resultados del estudio deberían ser-

vir de serio aviso. Las pruebas de toxicidad convencionales de sustancias químicas no protegen necesariamente a los trabajadores contra la toxicidad respiratoria" (Clottens et al., 1997). La falta de comunicación entre los lugares de trabajo y los productores no permite evaluar de forma rigurosa los riesgos que se pueden derivar de las condiciones concretas de uso y, más concretamente, de las posibles interacciones con otros productos químicos utilizados en los mismos procesos productivos. Tales elementos no bastaban para obtener una condena judicial a Bayer. Sin embargo, son indispensables para llevar a cabo un balance crítico de la legislación comunitaria en vigor.

La legislación comunitaria: una dimensión de género ignorada

Las normas comunitarias relativas al mercado de sustancias y preparados químicos se asientan en tres pilares:

- Normas sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y preparados peligrosos. Limitaremos nuestro análisis a este aspecto de la legislación comunitaria.
- Normas sobre la limitación de la comercialización y el empleo de ciertas sustancias y preparados peligrosos.
- Normas sobre la evaluación de las sustancias existentes y las nuevas, así como elaboración de listas europeas de productos.

Estas normas se elaboraron paulatinamente a partir de 1967[169]. El impulso principal vino de la industria química, que quería deshacerse de los impedimentos que encontraba para la constitución de un mercado único de productos químicos en la UE. Estas premisas comerciales primaron sobre la defensa de la salud y el medio ambiente. Además, las decenas de directivas que enmendaban otras directivas previas acabaron por crear un conjunto de reglas considerable y complejo, aunque con importantes carencias. De este modo, la reglamentación obvia ciertos efectos a largo plazo inmunológicos y endocrinológicos, sobre el desarrollo nervioso y sobre la reproducción.

169. La primera directiva adoptada data del 27 de junio de 1967. Trata de la clasificación, el empaquetado y el etiquetado de sustancias peligrosas. Ha sido revisada en varias ocasiones.

El sistema aplicado concede una ventaja considerable a los fabricantes de productos químicos. Les corresponde llevar a cabo una evaluación inicial de riesgos, en base a la cual deberán clasificar el producto y respetar ciertas normas vinculadas a dichos riesgos.

El fabricante, o cualquier otra persona designada por la UE, que introduzca una sustancia en el mercado, deberá notificar a las autoridades públicas competentes dicha evaluación inicial y sus conclusiones. Es un procedimiento que se comenzó a aplicar en 1979. La notificación debe constar de cuatro elementos: un informe técnico sobre la evaluación de los riesgos, una declaración sobre los efectos en función de los usos contemplados, una propuesta de clasificación y etiquetado si el producto es peligroso de acuerdo a los criterios de la directiva y propuestas sobre las precauciones a tomar para un uso y una eliminación con seguridad de la sustancia. Las notificaciones forman parte de un sistema de información comunitaria. Si no hay oposición, tras un periodo de espera de 45 días, la sustancia puede ser introducida en el mercado. En la práctica, las autoridades públicas rara vez se oponen a la introducción en el mercado de un producto.

La evaluación inicial desempeña un papel determinante que afectará a:

- La clasificación en función de los tipos de riesgos que correspondan a propiedades fisicoquímicas y toxicológicas (por ejemplo: sustancias explosivas, comburentes, inflamables, tóxicas, nocivas, cancerígenas, etc.).
- Las obligaciones sobre el envasado del producto.
- El etiquetado (con el nombre de la sustancia, símbolos pertinentes, frases tipo relativas a los riesgos, frases tipo relativas a los consejos de prudencia). Desde 1992, la información facilitada al destinatario debe incluir una ficha de los datos de seguridad.

Todo esto implica que, en muchos aspectos, la seguridad de los productos químicos se deja al criterio de las empresas productoras. En teoría, los inconvenientes de esta opción podrían verse reducidos por el control ejercido a posteriori por las autoridades públicas, que deberían realizar su propia evaluación de las sustancias químicas de acuerdo a la legislación comunitaria[170]. Sin embargo, las evaluaciones de los riesgos efectuadas por las autoridades públicas han acumulado un enorme retraso en relación a la cantidad de sustancias introducidas en el mercado. Por esta razón, la evaluación que realiza el fabricante sigue siendo la única referencia para la mayoría de las sustancias. La evaluación inicial de riesgos no presenta garantías de independencia, ya que es realizada por las empresas, que tienen un interés evidente en que se comercialice su producto. Dicha evaluación desemboca en una clasificación que no siempre es adecuada. Según una evaluación publicada por la Comisión Europea en 1998 (European Commission, 1998), los

170. Véase, en particular, el Reglamento del Consejo 79/93 de 23 de marzo de 1993, DOCE, L 84, 5 de abril de 1993, p. 1.

estudios realizados en ciertos sectores muestran que en un 25% de los casos, las clasificaciones son incorrectas, y que en un 40% hay errores de etiquetado. Por otro lado, los fabricantes no declaran como productos peligrosos algunas de las nuevas sustancias que se introducen en el mercado, pese q que se pueda poner en duda la seguridad de las mismas[171].

171. Para datos más concretos, véase Blount, *Riesgo químico y producción limpia*, en Blount et al., 2003, pp. 101-108

No tenemos conocimiento de que exista evaluación de género alguna de esta situación. Podemos suponer, no obstante, que los problemas constatados tienen un impacto diferenciado dependiendo del género.

Para formular esta hipótesis, queremos destacar los siguientes elementos:

- Los datos existentes en el ámbito de la epidemiología tienden a favorecer la información relativa a los hombres. La evaluación cuyo objetivo es la incorporación al mercado de un producto suele quedarse más corta de lo que revelan los estudios epidemiológicos. Si se comparan los datos epidemiológicos con las frases sobre riesgos de las sustancias y preparados incorporados al mercado, constatamos que hay una diferencia importante. El número de sustancias catalogadas como cancerígenas o tóxicas para la reproducción es relativamente escaso en relación a los datos existentes. Parece verosímil que las evaluaciones llevadas a cabo por la industria obvien especialmente los riesgos a largo plazo o asociados a exposiciones a pequeñas dosis. Recientes investigaciones sobre los productos orgánicos persistentes[172] destacan los efectos diferenciados entre hombres y mujeres, vinculados especialmente a las diferencias hormonales. La mayoría de las pruebas utilizadas habitualmente para evaluar los riesgos vinculados a sustancias químicas son poco inadecuadas para ciertos riesgos como el cáncer de mama y conducen a la minimización e incluso a la ocultación de dichos riesgos (Brody et al., 1998). Ciertas organizaciones feministas de defensa del medio ambiente han subrayado la importancia de aplicar una perspectiva de género en la lucha contra los riesgos de algunos productos químicos peligrosos presentes en el mercado[173].
- Independientemente de las diferencias biológicas, la división del trabajo acaba concentrando a muchas mujeres en sectores en los que el seguimiento de las exposiciones químicas y la adopción de medidas de prevención adecuadas plantean grandes dificultades (en especial, en los sectores de limpieza, textil, ciertos segmentos de la producción agrícola y de la industria alimentaria, etc.) A este respecto, la experiencia

172. Los contaminantes orgánicos persistentes (COPs) incluyen productos químicos como los BPC, pesticidas como el DDT y el clordano, así como contaminantes y subproductos como las dioxinas y los furanos. Los COPs se acumulan en los organismos vivos, persisten en el medio ambiente y producen efectos tóxicos a largo plazo.

173. Véanse los documentos del WEDO (Women's Environment and Development Organization) en la página Web *http://www.wedo.org/publicat/publicat.htm* así como los documentos de Earth Rights International en la página *http://www.earthrights.org/women/pops.shtml*

concreta sobre las exposiciones, sus consecuencias y las medidas de prevención son aspectos que revisten una especial importancia.

- Aparentemente, existe una dimensión de género en la elección de las prioridades sobre las patologías que se pretenden prevenir. A la hora de evaluar los riesgos, algunos de ellos acaparan más atención que otros. Evidentemente, los riesgos para la vida más directos (intoxicación aguda, explosión, etc.) son antepuestos. Otros se evalúan insuficientemente. Según un equipo de investigadores italianos (IPL, 2001, pp. 70-71), el siguiente porcentaje de sustancias han sido sometidas a estudios sobre la toxicidad reproductiva: un 80% de las drogas, los agentes biológicos y los agentes físicos, un 40% de los medicamentos y sólo un 13% en el de las sustancias químicas industriales.

Actualmente, el futuro de la legislación del mercado de productos químicos está inmerso en una intensa polémica a nivel comunitario[174]. Las propuestas de la Comisión relativas a la reforma del sistema imperante se enfrentan con una campaña sistemática de las empresas del sector químico apoyada por ciertos gobiernos. A pesar de que no hacen frente al conjunto de problemas[175], las propuestas de la Comisión tienen al menos el mérito de subrayar la importancia del intercambio de información. Estas propuestas formulan criterios más rigurosos sobre las obligaciones de la industria química. Asimismo, intentan poner fin a la infraestimación de los problemas que presentan los productos químicos contaminantes persistentes y bioacumulativos, así como de los disruptores endocrinos. Es lamentable que no se haya discutido la dimensión de género de este debate hasta ahora.

174. Se pueden seguir las discusiones a este respecto en la página del BTS (http://www.etuc.org/tutb/fr/agents-chimiques.html) y en la página de la Oficina Europea del Medio Ambiente (*http://www.eeb.org/*).

175. Entre las limitaciones de la reforma propuesta por la Comisión, podemos citar el mantenimiento del secreto sobre ciertos aspectos fundamentales de la producción de la industria química y la falta de rigor de las políticas de sustitución de los productos peligrosos por productos que no lo sean o que lo sean en menor medida.

Capítulo 10
Las políticas de salud pública

Las políticas de salud pública han abordado paulatinamente la dimensión de género en los últimos años. Sin embargo, el enfoque aplicado ha consistido en primar las diferencias biológicas y los comportamientos individuales (o una combinación de ambos factores, como en el caso de las políticas sobre el cáncer de mama). El trabajo, ya sea remunerado o no, prácticamente no se incluye en las políticas de salud pública cuando éstas tratan de la dimensión de género de la salud. El elemento que tienen en común los factores alegados es que ignoran en gran medida las relaciones sociales entre los sexos, reconociendo al mismo tiempo (lo cual constituye la aportación más positiva) que los enfoques tradicionales de la salud han prestado poca atención a los "problemas específicos" de las mujeres.

El análisis del impacto de la política comunitaria de salud pública en los ámbitos analizados por nuestro estudio es, inevitablemente, limitado. La política comunitaria de salud pública es relativamente reciente. Sus objetivos son limitados y hasta la fecha no ha conseguido definir una estrategia integral.

Las características generales se explican por diversos factores:

- Los Estados miembros de la UE cuentan con sistemas de salud pública completamente diferentes. En algunos países, el movimiento obrero ha luchado por la creación de un sistema nacional de salud que sirva para desarrollar una gestión planificada de los recursos y que garantice el acceso de toda la población a los cuidados de la salud[176]. Se trata de una política que, por lo general, se ha inclinado por definir prioridades preventivas y por luchar contra las desigualdades sociales en materia de salud. El primer sistema nacional de salud que se puso en funcionamiento fue el National Health Service británico tras la Segunda Guerra Mundial. Le siguieron los servicios nacionales de salud escandinavos. En 1978, la reforma sanitaria italiana siguió un camino aún más ambicioso: además de la puesta en marcha del servicio nacional de salud, se reformaron importantes aspectos de las políticas sanitarias (reforma de la psiquiatría, creación de servicios públicos de salud laboral integrados en unidades sanitarias locales, etc.). La reforma sanitaria italiana inspiró algunos de

176. Para saber más sobre el papel fundamental del movimiento obrero tanto en la aplicación de sistemas nacionales de salud como en las garantías de salud en el marco de la Seguridad Social, véase Navarro (1989).

los aspectos de la transformación de los sistemas de salud de España y Portugal tras la caída de los regímenes dictatoriales. En los otros países de la UE, el movimiento obrero planteó diferentes prioridades que se centraban principalmente en la socialización de los costes a través del desarrollo de las mutuas y, posteriormente, por la creación de la seguridad social. A pesar de que estas políticas permitieron, en conjunto, el acceso de toda la población a los cuidados de la salud, rara vez han desembocado en una planificación de las políticas sanitarias basadas en la prevención. Resulta significativo que los países en los que se desarrolló una investigación sobre las desigualdades sociales en materia de salud, sean también los que crearon un sistema nacional de salud[177].

- La paulatina definición de objetivos de salud pública a nivel comunitario se ha enfrentado con la voluntad de los Estados miembros de conservar el control sobre la parte fundamental de las políticas sanitarias. En la práctica, la construcción comunitaria ha ejercido principalmente una "presión lateral" sobre los sistemas existentes. Esta presión no es el resultado de una estrategia de salud pública, sino el efecto de otras políticas. A partir de los años sesenta, cabe mencionar la libre circulación de productos farmacéuticos y la armonización de las condiciones de reconocimiento de los títulos de las profesiones de la salud. Posteriormente, otras políticas desempeñaron un papel importante. La coordinación de los regímenes de seguridad social desembocó en el desarrollo de una jurisprudencia encaminada a la paulatina puesta en marcha de una especie de mercado único de los cuidados de la salud para los pacientes. Las competencias en materia de protección del medio ambiente también desempeñaron su papel en la homogeneización de ciertas disposiciones que provocaron un importante impacto en la salud pública (normas relativas a la gasolina, la calidad del aire, la calidad del agua, etc.).
- En líneas generales, el contexto político en el que se han ido desarrollando las competencias comunitarias ha sido poco propenso a una lucha coherente contra las desigualdades sociales en materia de salud. La fuerte presión sobre las arcas públicas unida a la entrada en vigor de la moneda única ha supuesto un importante freno. Se han aplicando diversas medidas para contener los gastos sanitarios. A menudo, estas medidas han incrementado las desigualdades sociales y han privado a una parte de la población del acceso al conjunto de recursos sanitarios. Semejante tendencia ha sido justificada por supuestas necesidades objetivas. Sin embargo, otras opciones habrían sido posibles: sin duda, el desarrollo de las políticas preventivas y una industria farmacéutica pública, habrían permitido un uso más eficaz de los recursos.

177. Esta afirmación no significa que haya automáticamente una relación entre la existencia de un sistema nacional de salud y la lucha contra las desigualdades sociales en materia de salud. Es lo que demuestra la experiencia británica. Durante muchos años, la investigación ha puesto de manifiesto el incremento de las desigualdades sociales en materia de salud, sin que las autoridades públicas hicieran algo al respecto. Por encima de todas las prioridades, estaba la de reducir los costes y la introducción de mecanismos de mercado en la gestión del sistema de salud.

Las mujeres: ¿reducidas a un conjunto de "estilos de vida" individuales?

En 1997, la Comisión Europea publicó un informe sobre el estado de la salud de las mujeres (Commision, 1997). La impresión que nos deja su lectura es extraña: las mujeres no trabajan, ni como asalariadas, ni a título gratuito. O bien trabajan de una forma tan suave que su trabajo no tiene el más mínimo impacto sobre su salud. La Comisión considera que los factores determinantes en materia de salud serían el fomento de modos de vida más sanos, refiriéndose más en concreto al tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, los malos hábitos alimentarios y la falta de actividad física, así como los programas de detección precoz de las enfermedades cardíacas y el cáncer. El análisis de la vida profesional se limita a los datos relativos al empleo (tasa de ocupación, proporción de trabajo a tiempo parcial, desempleo), sin que se aborde el impacto de las condiciones laborales sobre la salud. También se ignora el impacto del desempleo sobre la salud. En lo que respecta a la "vida familiar", el informe se limita a dar datos demográficos (matrimonios, divorcios, nacimientos, etc.), como si la institución familiar no fuera también un lugar de trabajo no remunerado cuyas condiciones tienen un impacto sobre la salud de las mujeres. Resulta significativo que este informe dedique una buena parte a las enfermedades cardíacas y que en ningún momento aborde la relación entre el estrés y este tipo de enfermedades.

A nivel nacional, parece que la tendencia general es parecida. En la mayor parte de los casos, la valoración de la dimensión de género en salud pública no va más allá de los aspectos biológicos y de una concepción individualista de la promoción de la salud en función de los datos sobre la morbilidad diferenciada. A modo de ejemplo, los indicadores de salud de la región de Bruselas Capital (Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, 2001) contiene numerosos datos interesantes que permiten analizar desde el punto de vista sociológico la salud de la población, pero es bastante parco en datos sobre género y muy superficial en lo que se refiere al impacto de las condiciones laborales. Se limita a señalar el número de accidentes laborales y de enfermedades profesionales reconocidas. No se menciona el impacto del trabajo remunerado o no remunerado sobre la salud de las mujeres.

Por lo demás, el Consejo belga de igualdad de oportunidades emitió en marzo de 2002 un comunicado muy crítico con la manera en que estaba planteada la encuesta sobre la salud de la población, ya que adopta un enfoque de carácter comportamentalista. El Consejo indica que las encuestas nacionales realizadas en Bélgica en 1997 y en 2001 no aportan elementos suficientes que permitan orientar las políticas de salud pública hacia una reducción de las desigualdades sociales en materia de salud y hacia un enfoque que tenga en cuenta las diferencias de género.

La salud pública sólo se ha considerado explícitamente como una competencia comunitaria a partir del Tratado de Maastricht (1992). Hasta entonces se presentaba de dos formas:

- Como competencia nacional de los Estados, podía ser un obstáculo para la libre circulación de mercancías y justificar medidas que serían consideradas como barreras no arancelarias. Por esta razón, desde que se empieza a construir un mer-

cado común, la salud pública entra en conflicto con la organización del mercado. La jurisprudencia comunitaria ha abordado ampliamente estas cuestiones.

- En la medida en que las disposiciones comunitarias intervienen para unificar las normas del mercado, era inevitable abordar las cuestiones de salud pública vinculadas a dichas normas. La elaboración de una normativa para el mercado de sustancias químicas a partir de 1967, ilustra las tensiones entre las necesidades sanitarias y la presión ejercida por la industria química para reducir el control público y garantizar el rápido acceso al mercado de sus productos. La verdadera catástrofe sanitaria que supuso el amianto demuestra el coste que la población ha pagado (y, en primer lugar, los trabajadores) a causa de una política en la que la salud pública sólo constituía una prioridad secundaria.

En 1992, el Tratado de Maastricht introduce la salud pública entre las competencias comunitarias. Se recoge en el nuevo artículo 129 del Tratado, aunque existen algunas limitaciones importantes. Las facetas más importantes de la salud pública siguen estando bajo el control de los Estados miembros. La UE se limita a desempañar papel complementario, no ejerce ninguna competencia reguladora. La definición de los campos de acción de la UE esboza un concepto bastante limitado de la salud pública. Se trata de "la prevención de las enfermedades y, especialmente, de las grandes plagas, incluida la toxicomanía, promoviendo la investigación de sus causas y su transmisión, así como la información y la educación en materia de salud". La terminología de las "grandes plagas" viene heredada del higienismo del siglo XIX y tiende a mezclar cuestiones de salud con las formas de control social de las "clases peligrosas". La elección de la toxicomanía como único ámbito específico definido por el Tratado es discutible. Los problemas sanitarios vinculados a la toxicomanía son bastante menos importantes en términos de salud pública que los derivados de la introducción en el mercado de algunas sustancias legales[178]. En cierto sentido, la toxicomanía parece desempeñar hoy en día el mismo papel que la tuberculosis hace un siglo. Pero la salud pública es una cuestión de poca importancia entre las políticas prohibicionistas aplicadas. Lo fundamental está en manos de la represión policial y la política represiva e intervencionista en los países productores cuyas consecuencias son, a menudo, desastrosas.

Tras el Tratado de Maastricht, la política comunitaria se vertebró en torno a ciertos programas específicos. Se trataba princi-

178. Ironías de la historia: la libre circulación del opio fue el caballo de batalla del liberalismo europeo para imponer las reglas del libre intercambio contra el estatismo bárbaro de China, que intentaba introducir este producto. Las guerras del opio, que tuvieron lugar entre 1841 y 1857, fueron objeto de una propaganda tan fervorosa como lo es hoy la "guerra contra el terror".

palmente de fomentar la recogida de datos, la investigación, las campañas informativas y los intercambios de experiencias. Los ocho programas se centraban en diferentes temas (cáncer, SIDA, toxicomanía, promoción de la salud, vigilancia de la salud, enfermedades raras, lesiones y enfermedades producidas por la contaminación). Otras iniciativas giraban en torno a la elaboración de informes sobre el estado de la salud en la UE, recomendaciones sobre la seguridad de los productos sanguíneos, etc.

Un enfoque tan poco cohesionado tenía la ventaja de sortear las divergencias entre los Estados miembros sobre el orden de prioridades. Sin embargo, no permitía elaborar una política común. La política de salud pública, en cierto modo, se albergaba en los espacios que le brindaban, por un lado, las otras políticas ya presentes en ese ámbito y, por otro, las políticas nacionales. Las desigualdades sociales en materia de salud no aparecían como un tema importante en la acción comunitaria, a pesar de ser mencionada en distintas ocasiones (por ejemplo, los documentos comunitarios sobre la toxicomanía establecían una relación entre ésta y el desempleo). Asimismo, la dimensión de género de las políticas de salud sólo era abordada de forma esporádica, sin una verdadera visión de conjunto. El único documento que trata sistemáticamente sobre la salud de las mujeres es el informe de sobre el estado de salud de las mujeres, adoptado por la Comisión en 1997 (ver cuadro anterior). Este informe apareció después del informe general sobre la situación sanitaria en la UE presentado en 1995. Incide de forma casi caricaturesca sobre los factores de "estilo de vida" y reduce la prevención de las enfermedades a un seguimiento precoz. Después de haber presentado este informe, no se ha puesto en marcha ningún programa específico que tenga en cuenta la perspectiva de género.

El Tratado de Ámsterdam de 1999 ampliaba mínimamente las competencias comunitarias en esta materia. El nuevo artículo 152, que sustituye al artículo 129, mantiene la preeminencia de las políticas nacionales de salud pública y sigue considerando la toxicomanía como un campo de acción prioritaria. En líneas generales, algunas de las prioridades de salud pública son incorporadas a otras políticas comunitarias (libre circulación de mercancías, protección del medio ambiente, etc.). El papel de la UE se limita a fomentar las políticas nacionales y a estimular la cooperación en el marco de ciertos programas. Además, la UE se atribuye competencias normativas en dos ámbitos. El Consejo puede adoptar por mayoría cualificada según el proceso de codecisión (art. 152 § 4):

- Medidas que fijen normas de calidad y de seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, de la sangre y de los derivados de la sangre.
- Medidas en el ámbito veterinario y fitosanitario "cuyo objetivo directo sea la protección de la salud pública".

La elección de estos dos ámbitos tiene que ver con las crisis de la sangre contaminada y la de la encefalía espongiforme bovina (o crisis de las "vacas locas") que conmocionaron a la opinión pública.

La limitación de las competencias definidas por el Tratado de Ámsterdam contribuye a explicar la fuerte dispersión de las iniciativas comunitarias. Lo más importante se hace fuera de las políticas asumidas explícitamente como objetivos de salud pública.

De este modo, la normativa sobre los productos farmacéuticos sigue siendo elaborada en el marco de las competencias comerciales. La tarea de preparar y gestionar dicha normativa corre a cargo la Dirección General de Empresas. El apoyo que la UE ofrece a las multinacionales farmacéuticas contra los intentos de los países del Tercer Mundo por desarrollar la producción de medicamentos de coste accesible son una prueba de que la salud pública no es una prioridad [179]. Asimismo, la política agrícola se sigue rigiendo por unos parámetros en los que la salud pública sólo desempeña un papel secundario.

Después del Tratado de Amsterdam se han definido diferentes programas. En 1998, la Comisión propuso que se pasara de los programas parciales a la definición de una estrategia común[180]. Esta estrategia se sustentaría en un programa de una duración de al menos cinco años, que cubriría los diferentes aspectos de la política comunitaria de salud pública. La elaboración de dicho programa fue bastante laboriosa. El inicio del nuevo programa estaba previsto en un principio para finales del año 2000, al término de los programas anteriores. Finalmente, se adoptó para el periodo 2003-2008[181].

En la definición de los objetivos del segundo programa se aprecia una apertura sustancial en lo que se refiere a los determinantes sociales de la salud. La exposición de dichos motivos pone de relieve que "la finalidad global del programa de salud pública es contribuir a la consecución de un nivel elevado de salud y bienestar físico y mental y de una mayor igualdad en materia de salud en toda la Comunidad a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública, evitar las enfermeda-

179. Es el contenido de la denuncia de la UE la India ante la OMC (asunto DS79/1). La UE consideraba que la legislación india no ofrecía suficiente protección a las patentes de los productos farmacéuticos y los productos químicos para la agricultura. El Órgano de Reglamento de los Diferendos de la OMC se pronunció el 2 de septiembre de 1998 a favor de la UE.

180. Comunicación de la Comisión del 15 de abril de 1998 sobre la evolución de la política en materia de salud pública en el seno de la Comunidad Europea. El Consejo apoyó este enfoque en su resolución del 8 de junio de 1999 sobre la futura acción en el ámbito de la salud pública (DOCE, nº C 200 de 15 de julio de 1999, p. 1 y ss.).

181. Decisión nº 1786/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) (DOCE, nº L 271 de 9 de octubre de 2002, p. 1 y ss.).

des y trastornos humanos y eliminar las fuentes de peligro para la salud con el objetivo de luchar contra la morbilidad y la mortalidad prematura, teniendo en cuenta al mismo tiempo el sexo y la edad. Para alcanzar este objetivo, las acciones deben estar guiadas por la necesidad de aumentar la esperanza de vida sin discapacidad o enfermedad y promover la calidad de vida, así como reducir al máximo las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad, reduciendo así las desigualdades sanitarias, teniendo en cuenta al mismo tiempo el enfoque regional frente a las cuestiones de salud. Debe otorgarse prioridad a las acciones de fomento de la salud dirigidas a las principales causas de enfermedad. El programa debe apoyar el desarrollo de una estrategia sanitaria integrada e intersectorial para asegurarse de que las políticas y acciones comunitarias contribuyen a la protección y a la promoción de la salud".

En base a estos objetivos, el programa auspicia la aplicación de un sistema de vigilancia sanitaria que debería permitir "establecer unos indicadores cuantitativos y cualitativos comparables para toda la Comunidad a tenor de la labor actual y de los resultados obtenidos, y recoger, analizar y divulgar información comparable y compatible, específica en función de la edad y el sexo, sobre la salud humana a escala comunitaria en lo referente a la situación sanitaria, las políticas sanitarias y los factores determinantes de la salud, incluidos las situaciones demográficas, geográficas y socioeconómicas, los factores personales y biológicos, los comportamientos en materia de salud, como las toxicomanías, la alimentación, la actividad física, el comportamiento sexual, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones medioambientales, concediendo particular atención a las desigualdades en materia de salud".

Es demasiado pronto para saber si estas intenciones se traducirán en iniciativas concretas que permitan abordar las desigualdades de género y su vinculación con las desigualdades sociales en materia de salud. Resultan chocantes las enumeraciones exhaustivas de factores. Una política debe definir prioridades y medios de acción. A este respecto, cabe preguntarse si la búsqueda de un consenso no implica la acumulación de elementos de análisis. Queda por escoger entre las políticas de promoción de la salud basadas en comportamientos individuales y las políticas de reducción de las desigualdades sociales en materia de salud que prioricen la prevención colectiva.

Capítulo 11
Las políticas comunitarias de igualdad de oportunidades

"Para el mantenimiento de la fuerza pública y para los gastos de administración, las contribuciones de la mujer y del hombre son las mismas; ella participa en todas las prestaciones personales, en todas las tareas penosas, por lo tanto, debe participar en la distribución de los puestos, empleos, cargos, dignidades y otras actividades."

Olympe de Gouges, 1791, Artículo XIII de la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana

Objetivos no alcanzados

A excepción de las cuestiones vinculadas a la creación de un mercado único de fuerza de trabajo, la producción normativa comunitaria se ha concentrado en dos ámbitos fundamentales: la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y la salud laboral. En el primer programa de acción social comunitaria de 1947[182], estos dos temas no aparecen como especialmente prioritarios o, más exactamente, se mencionaban de forma más difusa. De hecho, la igualdad entre hombres y mujeres relativa al acceso al empleo, la formación profesional y las condiciones laborales no eran mencionada como un elemento que tuviera que garantizar el pleno empleo y el empleo de mejor calidad. La salud laboral constituye una de las facetas de la homogeneización en la evolución de las condiciones de vida y de trabajo que cubría ámbitos mucho más extensos (reforma de la organización del trabajo, ampliación de la protección social, etc.). A falta de alcanzar un acuerdo político sobre objetivos ambiciosos, la producción normativa comunitaria tuvo que conformarse con dos aspectos más marginales o técnicos.

182. Resolución del Consejo de 21 de enero de 1974 (DOCE, C13, 12 de febrero de 1974, p. 1).

En apariencia se trataba de cuestiones muy diferentes. Una vez que se comenzaron a definir las competencias sociales comunitarias, la igualdad de oportunidades no fue casi abordada por las legislaciones nacionales. Se trataba de un territorio sin ocupar, comparable a ciertas regiones de África en los mapas del siglo XIX. Ninguna potencia había proclamado su soberanía. La intervención comunitaria no parecía molestar a

las instituciones, bastante indiferentes al problema. A principios de los años sesenta, los primeros informes del gobierno belga sobre las diferencias de salario entre los hombres y las mujeres en el mismo trabajo eran de una ingenuidad desconcertante. ¿Se trataba realmente de discriminaciones, dado que se recogían en las convenios colectivos pactados regularmente en las comisiones paritarias de las organizaciones patronales y sindicales? ¿Cómo podría el Estado intervenir sobre la autonomía de los "interlocutores sociales" (véase Coenen, 1991)? En el lado opuesto, la salud laboral contaba con una abundante legislación desde hacía un siglo o más. El carácter inofensivo de la intervención comunitaria parecía estar garantizado en este ámbito por otro factor: las legislaciones habían hecho todo lo posible por despolitizar la salud laboral, para reducirla de este modo a un conjunto inmenso y desordenado de problemas técnicos.

Más allá de las divergencias, algunos elementos unían estos dos asuntos:

- Surgían al margen de las cuestiones consideradas en esa época como estrategias de los grandes actores de las relaciones industriales. Este carácter casi marginal facilitó el ejercicio de competencias comunitarias que no parecían amenazar el equilibrio de cada sistema nacional.
- Existía un estrecho vínculo entre estos temas y la armonización de las condiciones sobre la competencia. En 1958 se introdujo el artículo 119 del Tratado de Roma sobre el principio de "a igual trabajo, igual salario" bajo la presión de la patronal francesa, que temía que las grandes diferencias salariales entre hombres y mujeres que se observaba en la industria textil italiana pudieran alterar la competencia. El artículo 118A del Acta Única de 1986 sobre el entorno de trabajo se introdujo bajo la presión del gobierno danés. En Dinamarca esta iniciativa recibió el apoyo tanto de las organizaciones sindicales como de la patronal. Esta última estimaba que las diferencias en las políticas sobre el entorno laboral que había entre los países de Europa del Norte y los de Europa del Sur perjudicaban la competencia.
- El tercer factor en común era el vigor con el que los dos temas surgieron en las movilizaciones sociales de finales de la década de los sesenta y en la de los setenta, que cuestionaban los compromisos sociales del fordismo. Este factor aparece claramente como decisivo al hacer un seguimiento de la historia del artículo 119. Entre 1958 y 1974, los Estados y las instituciones comunitarias violaron esta disposición del Tratado, que parecía quedar reducida a un rol meramente decorativo. A finales de los años sesenta la lucha de las trabajadoras des-

pertó de su sueño a esta "Bella Durmiente". Asimismo, desde el principio de los años sesenta, las competencias comunitarias desarrolladas en base al artículo 118 en materia de salud laboral no tuvieron la suficiente visión de conjunto y eficacia, hasta su reactivación alrededor de 1975. Las voces ahogadas de los debates sobre la democracia en los entornos de trabajo se hicieron oír a lo largo de la negociación de la directiva marco de 1989. Las disposiciones que se incluían sobre la consulta a los trabajadores en lo referente a nuevas tecnologías supusieron una versión muy limitada de propuestas mucho más ambiciosas del papel de los trabajadores en los cambios tecnológicos.

Aunque la producción normativa entre 1975 y 2000 en el ámbito de lo social se concentró en estos dos aspectos, no ha habido una reflexión acerca de su interacción. La salud laboral no ha integrado la exigencia de igualdad, y las políticas de igualdad no han abordado las condiciones de trabajo desde la perspectiva de su impacto en la salud. Desde este punto de vista, la política comunitaria no es diferente a las políticas nacionales de los Estados miembros.

La protección de la maternidad imponía un mínimo de reflexión sobre la articulación entre la salud y la igualdad. Pero había dos trampas. En materia de salud laboral, se aplicaron disposiciones poco coherentes sobre la protección de la maternidad desde el punto de vista de la prevención. En lugar de favorecer la prevención primaria de los riesgos reproductivos de mujeres y hombres, se puso en marcha un dispositivo poco eficaz (véase el capítulo 7). En el ámbito de la igualdad, la maternidad se concibió en un marco ideológico basado en los estereotipos tradicionales sobre las "relaciones particulares" que deberían existir entre una madre y sus hijos. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia ilustra la coexistencia, a menudo ilógica, entre algunos principios de igualdad elementales y la comunión con los valores de la familia patriarcal tradicional[183]. La afirmación de las relaciones particulares entre madre e hijo como base de la definición de derechos se remonta a 1983[184]. La Comisión interpuso un recurso contra la legislación italiana sobre las bajas por adopción. Esta legislación preveía la posibilidad de acogerse a una baja en caso de adopción de un niño menor de seis años que sólo beneficiaba a la madre. Esta cuestión tenía la virtud de eludir cualquier confusión posible con la biología. El Tribunal rechazó el recurso de la Comisión al considerar que Italia tenía la legítima preocupación de velar por las relaciones entre la madre adoptiva y su hijo en ese periodo inicial tan delicado.

183. Mc Glynn (2000) aporta un análisis exhaustivo del concepto de maternidad en la jurisprudencia del Tribunal de Justicia. Nos hemos limitado a resumir su argumentación.

184. Sentencia Comisión/Italia (asunto 163/82), 26 octubre 1983, Rec., 1983, p. 3.273 y ss.

En 1984, en la sentencia Hofmann[185], el Tribunal confirmó esta visión. Era el caso de un padre que se ocupó de los cuidados de su hijo después de que la madre se incorporara al trabajo. La legislación alemana de aquella época reservaba este tipo de baja parental sólo a las madres. La jurisprudencia posterior he retomado constantemente el argumento de una "relación particular" entre la madre y su hijo como base de una definición diferenciada de las relaciones jurídicas de paternidad. Esta visión está vinculada al reconocimiento exclusivo de la condición de "familia" a las parejas heterosexuales, casadas o no[186].

185. Sentencia Hofmann/Barmer Ersatzkasse (asunto 184/83), 12 de julio de 1984, Rec., 1984, p. 3.047 y ss.

186. Es probable que la adopción de la nueva Directiva 2000/78 sobre igualdad de trato de 27 de noviembre de 2000, lleve al Tribunal de Justicia a revisar su jurisprudencia conservadora en este ámbito.

Fuera del ámbito de la maternidad, constatamos que todas las ocasiones que se han presentado hasta la fecha se han desaprovechado:

- En un primer momento, la cuestión del trabajo nocturno fue tratada desde el ángulo principal del acceso en igualdad de condiciones de los hombres y las mujeres a cualquier empleo. Posteriormente, con la directiva de 23 de noviembre de 1993 sobre la ordenación del tiempo de trabajo, se adoptaron algunas medidas insuficientes en lo referente a trabajo nocturno, en las que estaba latente la neutralidad de género.
- El acoso sexual sólo fue abordado en el marco de las discriminaciones individuales. El enfoque comunitario (seguido normalmente por las políticas nacionales[187]) se inclinó por un enfoque individual en el que el asunto se aborda desde las relaciones entre acosador y persona acosada. Pero se trata de una visión muy limitada. El acoso sexual también está vinculado a la organización del trabajo y tiende a preservar la dominación masculina (Pernas et al., 2000). Resulta significativo constatar este fenómeno en las profesiones tradicionalmente vetadas a las mujeres. Por otro lado, parece que las mujeres que escapan al control de las estructuras familiares tradicionales se encuentran particularmente en el punto de mira. Esto nos permite pensar que, además de la finalidad sexual individual, hay una finalidad colectiva que es más simbólica y política que sexual. Su finalidad es preservar las relaciones jerárquicas, en las que la dimensión de género desempeña un papel importante. Esto contribuye a explicar la continuidad de las distintas formas de violencia en las que el acoso sexual sólo es un eslabón más de la cadena (Brown et al., 2002). Además, el acoso sexual constituye un peligro real desde el punto de vista de la salud. Sin embargo, hasta el 2002, nunca había sido considerado un tema que dependiera de la política de salud laboral y que se pudiera beneficiar de los instrumentos disponibles en este ámbito.
- El trabajo a tiempo parcial nunca ha sido abordado como uno de los principales factores de segregación, que además están vinculado a múltiples problemas de salud laboral.

187. Bélgica constituye una excepción a este respecto desde que adoptara una norma que versa sobre la violencia física y psicológica en su conjunto en las relaciones laborales (Vogel, 2002).

- El carácter mixto del trabajo nunca ha sido contemplado como una prioridad, no existe ninguna medida de obligado cumplimiento. Su relación con la segregación y las condiciones laborales nunca ha sido abordada.
- Las políticas comunitarias destinadas a fomentar el trabajo no remunerado compartido son escasas. En el mejor de los casos, se auspicia una "conciliación" entre la familia anti-igualitaria y el trabajo remunerado. Las políticas comunitarias no cuestionan la mayor parte de los motivos económicos que permiten la segregación de una parte de las mujeres en el trabajo doméstico no remunerado: fiscalidad para favorecer a las familias, disposiciones de la seguridad social que instituyan "derechos derivados" para las mujeres en el hogar[188], etc.

188. Jepsen y Meulders (2002) analizan la manera en que los derechos derivados refuerzan la estructuración del mercado en función a los modelos familiares tradicionales.

Todas estas observaciones nos obligan a preguntarnos cuál es la coherencia y cuáles son los límites de las políticas de la igualdad de oportunidades.

No analizaremos el conjunto de los bloqueos que explican la ineficacia de estas políticas cuando están en juego ciertas cuestiones de salud laboral (Vogel, 1999). Sin embargo, algunos elementos merecen ser analizados de forma más detallada.

Diferentes acepciones para la noción de condiciones laborales

El derecho comunitario a la igualdad se ha vertebrado alrededor del paulatino desarrollo del principio "a igual trabajo, igual salario". La noción de salario ha sido objeto, con fundamento, de una vasta interpretación. No se trata únicamente del salario propiamente dicho, sino de un conjunto de prestaciones y de ventajas cuantificables en dinero o en tiempo derivadas del trabajo: regímenes de jubilación, acceso a formación pagada por el empleador o compensada en tiempo de trabajo, diversas ventajas, etc. En este sentido, la dinámica positiva del derecho comunitario es indiscutible. En líneas generales, se ha eliminado cualquier discriminación salarial directa. Las discriminaciones salariales indirectas han existido en la medida en que no encuentran una justificación "objetiva". La tolerancia con respecto a lo que pudiera justificar las discriminaciones se ha extendido bastante, de modo que no se trastornen las relaciones sociales entre los sexos.

189. A modo de ejemplo, citaremos la sentencia Petra Kirsammer de 30 noviembre de 1993 (Rec., 1993, p. 6.185), en la que se puede dilucidar cómo la ayuda a la patronal de las pequeñas empresa puede justificar las discriminaciones indirectas.

Esta tolerancia es mucho mayor al tratarse de políticas estatales. Bajo la expresión "objetivos legítimos de política social", el Tribunal de Justicia tiende a aceptar numerosas discriminaciones indirectas derivadas de las políticas de los Estados[189].

En este ámbito se percibe cierta tensión entre la Comisión y el Tribunal[190].

La otra mitad de la definición, la de igual trabajo, es mucho más problemática. ¿Qué significa un trabajo igual? Cuando se trata de un trabajo idéntico realizado por un hombre y por una mujer, no hay ningún problema. Pero esta situación no es frecuente a causa de la segregación en el trabajo.

El derecho comunitario no ha abordado directamente esta dificultad. A pesar de haber sido concebido como un mecanismo de corrección de las discriminaciones entre individuos, nunca ha conseguido tener un papel decisivo ante los factores determinantes colectivos de estas discriminaciones. Cuando aparece un conflicto entre la ruptura de la igualdad entre individuos y la materialización de una igualdad colectiva sustancial, a menudo se pone del lado de los hombres perjudicados por políticas destinadas a combatir la segregación y las desigualdades colectivas. En la práctica, el derecho comunitario considera que el acceso igualitario de todos los individuos a los empleos ofertados en el mercado laboral acabará suprimiendo las discriminaciones. La directiva de 9 de febrero de 1976 sobre igualdad de oportunidades va en ese sentido[191]. El acceso al empleo, la formación, la promoción profesional y "otras condiciones de trabajo" deben permitir la libre competencia entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo, de manera que no se perjudique a ningún individuo en base al sexo[192].

La expresión "condiciones laborales" de esta directiva no va más allá de un conjunto de dispositivos que permiten crear las condiciones de esta competencia jurídicamente perfecta. El único elemento concreto que la directiva de 1976 cita como condición laboral es el despido. Los demás elementos son muy redundantes con respecto al resto de disposiciones de la directiva. Se trata, pues, de garantizar el acceso no discriminatorio al mercado laboral tal y como está estructurado por las relaciones sociales entre los sexos. El contenido de las cualificaciones requeridas, las tareas asignadas, la formación profesional o las condiciones laborales no tienen porqué evolucionar. La única cuestión planteada es la necesidad de evitar la discriminación entre individuos en base al sexo.

A pesar de ello, se produjo una tímida apertura en relación al principio "a igual trabajo, igual salario". La directiva de 10 de febrero de 1975[193] amplía este principio para cualquier trabajo de "igual valor" [194]. Pero esta ampliación llevaba implícita en sí misma una contradicción. No se puede vaciar el mar con una cuchara.

190. La Comisión pretendía sancionar las discriminaciones indirectas relativas a las prestaciones por desempleo en Bélgica. El Tribunal de Justicia consideró que la finalidad de ahorrar costes en este ámbito era un objetivo legítimo que justificaba la discriminación institucional (Commisión/Bélgica, 7 de mayo de 1991, Rec. 1991, p. 2.205).

191. DOCE, 14 de febrero de 1976, L 39, p. 40 y ss.

192. El vínculo entre la noción de condiciones laborales y la competencia se desarrolla explícitamente en las conclusiones presentadas el 6 de noviembre de 2001 por el fiscal general S. Alber en el asunto Lommers (C-476/99). La intención era saber si las plazas de guardería puestas exclusivamente a disposición de las funcionarias no constituirían una medida discriminatoria. El fiscal general separa esta cuestión de los problemas de acceso que habían sido objeto de casos anteriores y subraya que "esta medida interviene (...) de forma mucho menos relevante sobre la competencia entre hombres y mujeres que en el lugar de trabajo" (punto 74 de las motivaciones). Aunque se considera que se trata de una condición laboral, las motivaciones y la sentencia del Tribunal adoptan criterios de legitimación diferentes de los que se habrían adoptado en el caso de que fuera un elemento cuantificable o de una decisión que influyera en las condiciones de competencia entre hombres y mujeres.

193. DOCE, L 45 de 19 de febrero de 1975.

194. Este planteamiento se retomó en el Tratado de Ámsterdam en la redacción del nuevo artículo 141 de dicho tratado.

El legislador comunitario planteaba un problema real sin darse los medios necesarios para abordarlo de forma eficaz. De hecho, es imposible combatir la desigualdad salarial limitándose a ofrecer a los individuos perjudicados por un empleador concreto la posibilidad de demostrar que otro individuo que trabaja en la misma empresa recibe un salario superior. La lucha contra las desigualdades salariales entre hombres y mujeres es inseparable de la lucha contra la desigualdad salarial, sin más, ya que no difiere de los mecanismos de producción de las desigualdades sociales. La coherencia se encuentra en las relaciones sociales. El valor igual o desigual que se atribuye a dos trabajos no existe fuera de las relaciones sociales. ¿Qué elemento atribuye un valor superior al trabajo de un director comercial en relación con el de una cajera de unos grandes almacenes? Todo intento de atribución de un valor económico objetivo al trabajo humano se traduce en un cúmulo tan dispar de factores (formación, dificultad, atractivo, dureza, escasez de profesionales, etc.) que finalmente no se consigue explicar nada (Castoriadis, 1974). Cambiar los pañales de un bebé es un trabajo gratuito para su madre (cuando este hecho no es considerado simplemente como la expresión natural de la "relación particular" entre una madre y su hijo), un trabajo muy mal pagado para una interna, sensiblemente mejor pagado para una trabajadora de una guardería y, ocasionalmente, muy bien remunerado en la producción de un anuncio publicitario. A este límite básico, la jurisprudencia comunitaria añade una restricción aún más absurda: sólo se pueden comparar trabajos realizados para la misma empresa y en el marco de la misma relación jurídica[195]. En base a esto, se está ofreciendo la solución ideal para todo quien quiera saltarse la norma: basta con subcontratar la actividad para evitar cualquier comparación.

En el ámbito de la salud laboral, las condiciones de trabajo tienen un significado muy diferente. Se trata del conjunto de características concretas, materiales o inmateriales de un trabajo determinado. Algunos aspectos confirman en parte las condiciones abstractas que se contemplan en el derecho a la igualdad. El tiempo de trabajo es una unidad de medida pertinente para el salario y constituye igualmente un elemento importante para analizar el desarrollo del trabajo. Al formalizar la descripción de las tareas, se interviene en la definición de un mismo trabajo o de un trabajo de igual valor. También desempeña un papel fundamental en el trabajo real, para el que constituye un marco de referencia que determinará una especie de renegociación permanente de la actividad concreta. Sin embargo, un buen número de elementos concretos de un trabajo real que se tienen en cuenta a la hora de examinar las condiciones

195. Este fue el objeto de la sentencia A. G. Lawrence e. a. del 17 de septiembre de 2002, que autoriza a una empresa (en este caso, una administración pública local) a mantener la discriminación salarial para trabajos de igual valor en la medida en que las trabajadoras discriminadas dejaron de trabajar directamente para la empresa y continúan trabajando en el ámbito de una subcontrata.

de trabajo, desaparecen completamente del campo de acción de las disposiciones sobre igualdad. La cooperación, la comunicación en el seno de un colectivo laboral, la dignidad vinculada a un trabajo, la mayor parte de los factores materiales de dureza o la intensidad del trabajo, nunca aparecen en el tratamiento jurídico de la igualdad. Esta invisibilidad contribuye a legitimar las desigualdades salariales y constituye uno de los mecanismos que perpetúan eficazmente la segregación entre hombres y mujeres en el trabajo remunerado.

La igualdad de oportunidades frente a la jornada a tiempo parcial

Cerca del 80% del número de empleos netos que se crean en la UE corresponde a empleos a tiempo parcial. Dos tercios de estos empleos corresponden a mujeres (Sarfati, 2002, p. 30). El trabajo a tiempo parcial es, mayoritariamente, femenino. Su difusión en la UE se ha llevado a cabo de manera muy distinta dependiendo del país. Es la principal forma de empleo femenino en Holanda, muy difundida también en un grupo de países de Europa del Norte. Forma parte de un conjunto complejo de factores: índice de participación de las mujeres en la población activa, índice de desempleo femenino, nivel de desarrollo de las infraestructuras colectivas destinadas al cuidado infantil, modelos nacionales de organización del trabajo no remunerado, etc. Fagan, O'Reilly y Rubery (en: Maruani 1998, pp. 263 y ss.) proponen una clasificación de los diferentes modelos de recurso al trabajo a tiempo parcial en Europa, en la que se puede observar que, a pesar de que las características propias de cada sistema pueden diferir considerablemente, la dimensión de género en el trabajo a tiempo parcial constituye siempre un elemento central para comprender las dinámicas nacionales.

Desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades, el trabajo a tiempo parcial se ha considerado, no sin razón, como el posible origen de discriminaciones indirectas. Por lo general, la jurisprudencia castiga la divergencia manifiesta respecto a las directivas sobre igualdad. Dicha jurisprudencia concede al trabajo a tiempo parcial una amplia igualdad de trato en el ámbito de las condiciones cuantificables de trabajo (remuneración por hora, acceso a la formación, cálculo de las ventajas proporcionales, etc.). En líneas generales, para cada uno de estos elementos, una trabajadora a tiempo parcial tendrá la suerte de contar, proporcionalmente a sus horas de trabajo, como un compañero a tiempo completo. Más adelante veremos cuáles

son los límites intrínsecos de semejante perspectiva en lo que se refiere a horas extraordinarias.

Semejante perspectiva se podría justificar si el trabajo a tiempo parcial fuera lo que dice su definición: exactamente lo mismo que el trabajo a tiempo completo pero con un porcentaje inferior de tiempo. Pero el tiempo parcial es mucho más que eso. Desde hace tiempo, en Japón, se ha analizado como una verdadera situación precaria que caracteriza al empleo de las mujeres (Hirata en: Hirata et Senotier, 1996, pp. 187-198). Los trabajadores a tiempo parcial japoneses son trabajadores asalariados de rango inferior, independientemente de la duración efectiva de su jornada. En la UE, las diferencias jurídicas con respecto a la categoría profesional son mucho más tenues. Sin embargo, el trabajo a tiempo parcial en algunos países se ha convertido en una especie de norma para el empleo femenino. Podemos hablar de la norma general del empleo femenino en el caso de Holanda, donde concierne a más del 70% de las mujeres, y de norma más específica en otros países en los que se sitúa en torno al 40% y que concierne a la mayoría de las mujeres que tienen hijos por debajo de cierta edad. De este modo, los datos publicados por la Comisión Europea en 1996 (citados por Perista, 1999, p. 73) dejan ver una relación directa entre el trabajo a tiempo parcial de las mujeres y el número de hijos. Los datos son claros, se ve una progresión la mayoría de países con índices de trabajo a tiempo parcial relativamente bajos en el caso de mujeres sin hijos (salvo Holanda), índices más elevados en el caso de mujeres con un hijo e índices a menudo mucho más elevados en el caso de mujeres con al menos dos hijos. Este perfil –que se observa con frecuencia en las medias comunitarias- es muy marcado en los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Irlanda, Holanda, Suecia y Reino Unido. Es menos claro en Italia, Grecia y Portugal. Se observan ciertas "irregularidades" en España, Francia y Finlandia (con un índice de trabajo a tiempo parcial ligeramente superior en el caso de mujeres con un hijo en relación a las que tienen dos).

En todos los países de la UE, el trabajo a tiempo parcial se asocia a condiciones particulares de trabajo en las que la duración del contrato es sólo un elemento más. Algunos puestos de trabajo de algunos sectores muy feminizados se ofertan sólo a tiempo parcial. Al inconveniente que supone las insuficientes instalaciones públicas de guarderías y al desigual reparto del trabajo doméstico, hay que añadir un segundo inconveniente impuesto por los empresarios. En el caso de los puestos de trabajo que sólo se ofertan a tiempo parcial, se observa generalmente una relación según la cual los otros tiempos de la vida se

subordinan en gran medida a las exigencias de flexibilidad de la empresa. El impacto negativo que esta situación puede tener sobre la salud puede ser muy duro: horarios partidos y poco regulares, fijados con poca antelación, y a menudo combinados con horas extraordinarias a las que es difícil negarse a causa de los salarios tan bajos. En muchos casos, el tiempo parcial se asocia a la idea de trabajo basura, secundario, que goza de un poco reconocimiento social (D. Meulders en: Maruani, 1998, pp. 247-248). Pero los análisis muestran que el impacto negativo del trabajo a tiempo parcial es, en sí mismo, una variable en función de varios factores: políticas públicas, relaciones de poder en las empresas y nivel de imposición vinculado a la existencia de una elección real (tanto en el mercado laboral en relación al nivel establecido de estudios como en las tareas familiares no remuneradas en función del reparto de éstas o del apoyo de las infraestructuras colectivas).

El tiempo parcial, como nueva norma de empleo, permite redistribuir los índices de paro en detrimento de las mujeres (Torns, 2001; Maruani, 2002). De hecho, el desempleo a tiempo parcial no recibe, por lo general, indemnizaciones[196] por parte de los sistemas de seguridad social. El paso de un trabajo a tiempo parcial a un desempleo a tiempo completo implica a menudo la pérdida de cualquier prestación[197]. Resulta interesante constatar que, en varios países comunitarios, la aparente igualdad de las tasas de ocupación femenina y masculina que se definen sin tener en cuenta el tipo de empleo, disimula la persistencia de una fuerte desigualdad si se calcula dicha tasa en función de su equivalente a tiempo completo. El cuadro siguiente ilustra este fenómeno. Hemos escogido dos países en los que el tiempo parcial está muy desarrollado y dos países en los que es bastante reducido. En Holanda, Reino Unido y Finlandia, las tasas de ocupación femenina no ajustadas en función del tiempo de trabajo son casi idénticas. Si se ajusta, entre Finlandia y Holanda se da una diferencia del 20%.

Cuadro 17: **Índices de empleos masculinos y femeninos en 2001 entre 15 y 64 años**

	Índice de empleo masculino	Índice de empleo femenino	Índice de empleo masculino a tiempo completo	Índice de empleo femenino a tiempo completo
Holanda	82,8%	65,2%	75%	41,6%
Reino Unido	78,3%	65,1%	74,8%	50,2%
Finlandia	70,9%	65,4%	69,8%	61,8%
Portugal	77,5%	61,1%	77,5%	57,7%

Fuente: Comisión Europea (2002-b)

Pero una norma de empleo sólo puede imponerse si se dan otras condiciones sociales. Dicha norma debe integrarse en una especie de "contrato social entre los sexos" (Fagan, O'Reilly et

196. Para la situación en Bélgica, véase A. Vanheerswynghels en Vogel-Polsky (2001, pp. 33-46). En este país, las prestaciones por desempleo a tiempo parcial han funcionado como una trampa para las mujeres. En un primer momento, se animó a un buen número de ellas a que combinaran trabajo a tiempo parcial con pequeñas prestaciones por desempleo. Las políticas de austeridad han aplicado paulatinamente criterios cada vez más restrictivos. La mayor parte de las trabajadoras en cuestión no llegaron a cobrar prestación alguna, sin haber conseguido un trabajo a tiempo completo. A finales de los años 80, alrededor de 200.000 personas se beneficiaban de este sistema. En 2000, esta cifra se había reducido a 30.000. En su gran mayoría eran mujeres.

197. D. Meulders en Maruani (1998, p. 246) indica que en 1996, en la mayoría de los países de la UE (10 de los 14 países estudiados), las prestaciones por desempleo sólo se conceden en condiciones mínimas relativas a la duración de la jornada (entre 12 y 18 horas semanales por lo general) o relativas al importe de las remuneraciones.

Rubery en: Maruani 1998, pp. 263 y ss.). Es lo que muestra el fracaso de los intentos de exclusión de las mujeres del mercado laboral en varios países a lo largo de los años treinta.

En el caso del trabajo a tiempo parcial, la norma de empleo se articula en función de otras dos normas sociales. La primera se refiere al desigual reparto del trabajo doméstico: el trabajo a tiempo parcial podría ser el instrumento ideal para una conciliación entre las tareas domésticas no remuneradas y el trabajo remunerado. De paso, permite a algunos Estados reducir considerablemente el gasto en infraestructuras para guarderías (Holanda representa el mejor ejemplo de esta tendencia). La segunda norma social se refiere al trabajo remunerado en sí mismo: el trabajo a tiempo parcial confirma el carácter secundario del trabajo femenino y contribuye a su contratación en puestos de nivel formativo inferior al adquirido. Una parte de las investigaciones económicas muestra que el trabajo en puestos de nivel formativo inferior al adquirido es un mecanismo de sobreexplotación. De hecho, el trabajo a tiempo parcial se asocia generalmente a una productividad superior en relación a su equivalente a tiempo completo (véase Frey, 1999, pp. 79-84 y Bollé, 2001). Varios factores contribuyen a este fenómeno: posibilidad de aguantar en condiciones laborales particularmente penosas cuando éstas se concentran en un tiempo relativamente reducido, concentración de tareas e intensificación del trabajo, etc. En conjunto, para la patronal, el trabajo a tiempo parcial es especialmente rentable cuando concierne a empleos en los que la flexibilidad horaria es un elemento importante y permite intensificar el trabajo en puestos que se consideran fácilmente intercambiables. Se niega la flexibilidad horaria y la intensidad de las actividades como cualidades específicas de las trabajadoras a tiempo parcial, y se convierten en consecuencias automáticas de las formas de gestión. Desde esta perspectiva el trabajo a tiempo parcial se convierte en un mecanismo eficaz de contratación femenina en puestos de trabajo de nivel formativo inferior al adquirido.

De esta forma, en Francia, la prevalencia del trabajo a tiempo parcial es inversamente proporcional al nivel de formación. Menos del 10% de las directivas de empresas trabajan a tiempo parcial, frente a más de un 50% de las mujeres que componen el personal de atención directa al cliente y cerca de un 40% de las trabajadoras no cualificadas.

Cuadro 18: **Trabajo a tiempo parcial de las mujeres por categorías profesionales en Francia en 1998**

	%	Cantidad de trabajadoras
Dirección	19,2	197.000
de las que: alta dirección	9,9	28.000
Mando intermedio	24,1	525.000
de las que: técnicos	16,4	18.000
Administrativo (trabajo de tipo)	38,7	1.914.000
de las que: atención directa al cliente	54,5	633.000
Obrera	31,6	369.000
de las que: obrera cualificada	20,9	88.000
obrera no cualificada	37,4	259.000
Total	31,6	3.178.500

Fuente: INSEE in Bihr, Pfefferkorn, 1999, p. 40. Esta es una versión simplificada del cuadro. No se han incluido las categorías no asalariadas que, sin embargo, se recogen en el total. Nos hemos limitado a los datos de 1998.

Se ha instaurado una especie de círculo vicioso. Con una remuneración bastante baja, las trabajadoras a tiempo parcial no se encuentran en una posición de poder para renegociar el desigual reparto del trabajo doméstico no remunerado, cuando la carga que éste representa hace más difícil el paso hacia un trabajo a tiempo completo, en los pocos casos en que esto fuera posible. Torns (2001) cita algunos estudios realizados en Holanda, según los cuales en las unidades familiares en las que tanto el hombre como la mujer trabajan a tiempo parcial, el reparto del trabajo sigue siendo muy desigual: el hombre saca tiempo para él, mientras que la mujer "saca" tiempo para el trabajo doméstico. Se pudo observar el mismo fenómeno durante la drástica reducción del tiempo de trabajo de Volkswagen en Alemania, donde el trabajo a tiempo parcial se impuso tanto a hombres como a mujeres (Seifert, 1997).

Pero esta relación entre unas condiciones de trabajo remuneradas degradadas y la degradación de las condiciones del trabajo familiar no se limita a una cuestión de estatus social vinculado a la remuneración. Dicha relación puede venir también de la pérdida del control del tiempo que se deriva de la flexibilidad de la empresa. Es lo que deduce Cattaneo (1997) en una investigación comparativa entre las enfermeras y las cajeras que trabajan a tiempo parcial en Francia. El primer grupo consigue, por lo general, conservar un control sobre la jornada de trabajo y la vida privada, mientras que el segundo grupo tiene que hacer frente a una relación de fuerzas muy desigual. La empresa exige una disponibilidad sin límites y la impone a través de un sistema de gestión individualizado y represivo. Cattaneo indica (1997, pp. 76-77): "Podemos ver cómo, en el caso de las cajeras, se pierde el control sobre el tiempo de trabajo, tanto en lo que se refiere a la duración como a la organización, lo cual perjudica no sólo al tiempo de trabajo asalariado, sino también

a la vida privada. En semejante contexto, la realidad de la desvalorización profesional puede conducir a la desvalorización personal de las cajeras, mucho más teniendo en cuenta que no disponen de ningún canal para expresar su cólera, su rabia o su indignación, ni de ninguna estructura para defenderse y, simplemente, hacer respetar su libertad y sus derechos. (…) La permanente disponibilidad que se exige a las cajeras en el trabajo, les impide estar mínimamente disponibles en la esfera privada y organizar sus horarios. Esta situación empeora cuando los jefes se permiten inmiscuirse en sus vidas privadas al intentar contactar con ellas por teléfono para cambiarles su tiempo de descanso o, al contrario, para informarlas de que un determinado horario será alterado o anulado".

La directiva de 1993 sobre la distribución del tiempo de trabajo[198] ha ignorado los problemas planteados por el trabajo a tiempo parcial. Dicha directiva, que se vertebraba alrededor de valores límite bastante altos (como la duración máxima de la jornada laboral de 48 horas semanales) sólo se ocupa de manera marginal del trabajo a tiempo parcial.

La directiva de 1997 sobre el trabajo a tiempo parcial[199] evita cualquier cuestión planteada por la segregación y las condiciones concretas en las que se desarrolla este tipo de trabajo. Plantea el principio de igualdad de trato en términos que no aportan nada nuevo en relación a lo que ya se había conseguido gracias a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia[200]. De este modo, puede contribuir ocasionalmente a la seguridad jurídica. Su alcance es muy modesto, teniendo en cuenta que es el único instrumento comunitario relativo a una forma de trabajo mayoritariamente femenina, sobre todo, a sabiendas de que la intención explícita de esta directiva era presionar a los Estados para suprimir las eventuales restricciones del uso sistemático del trabajo a tiempo parcial como instrumento privilegiado de la flexibilidad.

La sentencia del caso Stadt Lengerich contra Angelika Helmig del 15 de diciembre de 1994[201] revela la incapacidad para comprender, desde el punto de vista jurídico comunitario, las condiciones laborales concretas relativas a las discriminaciones basadas en el sexo. Esta sentencia se sustenta en seis casos diferentes. Se trataba de cuestiones perjudiciales planteadas por las jurisdicciones alemanas acerca del rechazo a pagar un complemento salarial por las horas extraordinarias realizadas por trabajadores a tiempo parcial. Es una medida que se encuentra en diferentes convenios colectivos de Alemania. El Tribunal de Justicia procedía a comparar los trabajadores a tiempo parcial

198. Directiva de 23 noviembre de 1993 relativa a ciertos aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, *DOCE*, L 307 de 13 diciembre de 1993, p. 18 y ss.

199. Directiva de 15 diciembre de 1997 relativa al Acuerdo marco sobre el trabajo a tiempo parcial concluido por la UNICE, el CEEP y la CES, *DOCE*, L 14 de 20 de enero de 1998, p. 9.

200. Al prever posibles derogaciones al principio de igualdad de trato, podría abrir nuevos frentes en lo ya conseguido en la jurisprudencia comunitaria.

201. *Rec.*, 1994, I, p. 5.727.

(en su mayoría mujeres) con los trabajadores a tiempo completo (en su mayoría hombres). El Tribunal no observa ninguna discriminación argumentando que, si los trabajadores trabajan 19 horas, reciben el mismo salario (18 horas + 1 hora extra en el caso de trabajadores a tiempo parcial, 19 horas como fracción de un tiempo completo mayor en el caso de trabajadores a tiempo completo). Esta simplicidad matemática deja a un lado, de forma deliberada, las implicaciones concretas de las horas extras en la vida laboral.

El Tribunal de Justicia parte de un análisis jurídico abstracto del tiempo, considerado como una unidad perfectamente intercambiable. Al negarse a estudiar la especificidad del estatus del tiempo parcial, la mencionada sentencia remite a la referencia normativa de un trabajo a tiempo completo. Bien es sabido en todos los países comunitarios que las horas extras perciben un complemento salarial, lo que se explica por diferentes factores. Las horas extras contribuyen a empeorar las condiciones laborales del trabajador dado que introducen elementos irregulares en el tiempo de trabajo y producen, por lo general, más cansancio. Por otro lado, las horas extras representan una ventaja para el empresario porque se beneficia de una gestión más flexible de la fuerza de trabajo, puede prolongar el uso de los equipos de trabajo en función de sus propias necesidades de valoración, evita posibles contrataciones de nuevos trabajadores al repartir una parte del volumen de trabajo entre los trabajadores de su empresa, etc. Si se tiene en cuenta el desigual reparto del trabajo no remunerado, es probable que las horas extras repercutan de forma más negativa en las trabajadoras. Además, las horas extras pueden ser un obstáculo real para las trabajadoras a la hora de buscar un empleo que les permitiera obtener una mayor remuneración.

Para justificar que no se pague una prima por las horas extras en los casos de personas que trabajan a tiempo parcial, el Tribunal descarta cualquier análisis del significado concreto de las horas extras como condiciones laborales. El Tribunal aplica un mero criterio aritmético para verificar que no se discrimine el trabajo a tiempo parcial en relación al "modelo" constituido en base al referente masculino del trabajo a tiempo completo.

Lo que da lugar a un análisis tan profundo como el que sigue:
"Procede considerar que existe desigualdad de trato siempre que la retribución global que se paga a los trabajadores a jornada completa es más elevada, a igualdad de horas trabajadas en virtud de una relación de trabajo por cuenta ajena, que la que se abona a los trabajadores a tiempo parcial.

Ahora bien, en el supuesto que aquí se plantea, los trabajadores a tiempo parcial perciben realmente, a igualdad de horas trabajadas, la misma retribución global que los trabajadores a jornada completa.

Así, un trabajador a tiempo parcial cuya jornada de trabajo según el contrato es de dieciocho horas percibe, al trabajar una decimonovena hora, la misma retribución global que obtiene un trabajador a jornada completa por diecinueve horas de trabajo.

Los trabajadores a tiempo parcial perciben también una retribución global igual a la de los trabajadores a jornada completa cuando sobrepasan el límite de la jornada normal de trabajo fijada por los convenios colectivos, puesto que en tal caso perciben también el complemento salarial por horas extraordinarias.

Es preciso concluir, por lo tanto, que las disposiciones controvertidas no crean una diferencia de trato entre trabajadores a tiempo parcial y trabajadores a jornada completa, y que no puede existir por consiguiente una discriminación contraria al artículo 119 del Tratado CEE y al artículo 1 de la Directiva" (considerandos 26 a 30).

En sus conclusiones, el fiscal general Sr. Darmon fue incluso más allá. Éste consideraba que las reglas que prevén un complemento salarial por las horas extras en caso de trabajo a tiempo parcial podrían constituir una discriminación de cara a los hombres (punto 31 de sus conclusiones). Y, como sucede a menudo, la dimensión económica no le pasó desapercibida: compartía el argumento del gobierno británico según el cual el pago de un complemento salarial "provocaría un efecto disuasorio en los empresarios a la hora de contratar trabajadores a tiempo parcial cuya remuneración, con el mismo número de horas trabajadas, sería más costoso para la empresa, en caso de que ésta tuviera que recurrir a horas extras".

A título subsidiario, el abogado general aceptaba abordar las condiciones laborales y consideraba que las horas extras suponían un incremento del esfuerzo físico y una reducción del tiempo libre para los trabajadores a tiempo completo. Según este estereotipo, el trabajo a tiempo parcial deja tiempo para uno mismo, tiempo dedicado al descanso y al ocio o, en cualquier caso, a actividades que no implican un esfuerzo físico considerable.

Esta visión se ve cruelmente desmentida por cualquier análisis de las condiciones laborales reales de las trabajadoras a tiempo parcial.

Los datos recogidos por Doniol-Shaw (2000, p. 5) revelan hasta qué punto el trabajo a tiempo parcial se asocia generalmente a fuertes presiones sobre el horario.

Cuadro 19: **Trabajo a tiempo parcial e imposiciones de tiempo en Francia (1991)**

	Mismo horario todos los días	Horarios variables, fijados por la empresa según sus necesidades	Trabajo 6 días a la semana	Trabajo 7 días a la semana	Fin del trabajo después de las 20h (empleados del comercio únicamente)
Tiempo parcial	51%	29%	14%	3%	11%
Tiempo completo	60%	16%	7%	1%	8%

Fuente : Doniol-Shaw (2000)

Una encuesta sindical francesa analiza en estos términos el recurso a las horas complementarias entre las cajeras de los grandes almacenes (CFDT, 2001, pp. 175-176): "Las cajeras encuestadas trabajan en su mayoría a tiempo parcial (70%), una situación que no eligieron, de entre las cuales, un 84% asegura no haber tenido otra opción a la hora de ser contratadas. No es sorprendente, pues, que una buena parte de ellas no esté satisfecha de seguir trabajando a tiempo parcial. Cerca de la mitad desearía pasar a tener un contrato a tiempo completo y un tercio querría tener otro empleo más. Pero esta segunda solución parece difícil de llevar a cabo, puesto que de las cajeras encuestadas, sólo un 3% declara tener otro empleo. El obstáculo principal que señalan para tener otro trabajo es que la irregularidad de sus horarios no permite que esto ocurra.

La irregularidad viene dada por diferentes motivos. El primero de ellos es la existencia de horas complementarias, incluso de horas extraordinarias. Las respuestas recogidas muestran una diferencia entre la jornada reflejada en el contrato y la duración efectiva de la misma. Aunque la jornada laboral acordada en el contrato de las cajeras encuestadas sea de entre 21 y 29 horas para el 41% de ellas y de entre 30 y 38 horas para el 42%, lo cierto es que la duración real (en la semana previa a dicha encuesta) es superior: un 54% declararon haber trabajado entre 30 y 38 horas. Esta diferencia se explica porque se recurre frecuentemente a las horas complementarias y a las horas extraordinarias. De hecho, un 61% de las cajeras dice haber realizado horas complementarias y un 62% horas extraordinarias. Estas horas son pagadas y percibidas como un complemento útil a los salarios de base. De hecho, las trabajadoras aluden a la cuestión

del salario para explicar que acepten horas complementarias, lo que se entiende fácilmente: a menudo, los salarios están por debajo del salario mínimo interprofesional francés. El 62% de las cajeras recibían menos de 5.000 francos al mes y un 29% declaraban recibir menos de 3.000 francos al mes".

Otras encuestas confirman esta tendencia. D. Meulders (en: Maruani, 1998, p. 247) presenta una síntesis de las diferentes encuestas francesas, según las cuales:

- El trabajo a tiempo parcial parece no eximir de largas jornadas laborales y de horarios partidos.
- El trabajo a tiempo parcial no parece que evitar semanas con jornadas más largas.
- El trabajo a tiempo parcial se caracteriza por horarios variables de un día para otro, horarios fijados por la empresa, o por la variación del número de días trabajados de una semana a otra;
- Los trabajadores a tiempo parcial se ven más a menudo obligados a trabajar el fin de semana que los trabajadores a tiempo completo.

Los resultados de las encuestas en otros países de la UE van en el mismo sentido (Goudswaard, de Nanteuil, 2001, pp. 94-96). En una encuesta alemana sobre las empresas de sistemas electrónicos para automóviles indica: "En el contexto de un proceso de flexibilización, las condiciones laborales se caracterizan, generalmente, por un aumento de la presión sobre el rendimiento y por el crecimiento de la incertidumbre horaria. De este modo, la carga y el estrés provocados por la flexibilidad se asocian a condiciones laborales precarias y al enorme incremento del número de trabajadores a tiempo parcial, pero, por encima de todo, al descenso del número de trabajadores a tiempo completo. En este ámbito se observa una clara discriminación sexual, dado que la proporción de mujeres con estos perfiles es particularmente alta".

Se puede objetar que este análisis no desemboque necesariamente en una argumentación jurídica coherente, lo cual no está tan claro. En lugar de considerar el trabajo masculino a tiempo completo como la norma de referencia, se podría proponer otro concepto jurídico de la igualdad. Desde la actual perspectiva, el complemento salarial se debe a la desorganización de los horarios de la vida privada que se deriva de cualquier trabajo realizado más allá de la jornada fijada en los contratos. Dicho complemento representa también una modesta redistribución de los beneficios que el empresario obtiene de la flexibilidad horaria organizada de tal manera. Es, de hecho, lo que reconocía

indirectamente la argumentación del gobierno británico a favor de la discriminación. En este sentido, se aplican los mismos principios a una situación que concierne mayoritariamente a las mujeres, como el trabajo a tiempo parcial, y la que concierne a la mayor parte de los hombres, como el trabajo a tiempo completo.

El análisis del trabajo a tiempo parcial ilustra perfectamente las carencias y los límites de un concepto que reduce la igualdad de oportunidades a la igualdad jurídica abstracta de los individuos en el mercado laboral. La lucha contra la segregación entre hombres y mujeres implica necesariamente otras estrategias. La salud laboral puede contribuir de forma sustancial a esta lucha priorizando el análisis de las condiciones reales de trabajo y de su impacto en la salud y en la calidad de vida. Incorporando la exigencia del carácter mixto del trabajo, la salud laboral puede facilitar el acceso a todos los puestos de trabajo, en buenas condiciones, a mujeres y a hombres. Esta exigencia constituirá en el futuro, probablemente, uno de los asuntos centrales más importantes de la lucha por la igualdad en el trabajo, un tema ampliamente disimulado por los enfoques liberales e individualistas de la igualdad.

Conclusiones

"Una mujer llega un día al médico:
- Doctor, ¡examíneme!
- Se equivoca, señora,
yo no curo a los seres humanos.
-Oh, precisamente, Doctor,
me siento como un animal
cuando me levanto por la mañana, créame.
Corro por la casa,
sin aliento, como un perro o un gato,
galopo a mi trabajo como un caballo,
me cuelgo del autobús como un mono,
voy cargada como un camello,
defiendo mi vida familiar como una leona,
al volver del tajo, por la tarde,
medio dormida y por encima de mis hombros
escucho a mi marido murmurar:
"¡Muévete pichón!".
Por eso, quizás encuentre usted
un remedio milagroso
que haga de mí un ser humano."

Canción de obreras en huelga en Gdansk(1980)[202]

202. Citada por Bernardete Macedo (1993), que a su vez citaba un libro de Danièle Kergoat, *Les ouvrières*, publicado en 1982 y que había encontrado en la revista Rouge.

Este libro ha propuesto una especie de recorrido por los puntos más importantes. Muchas cuestiones se nos han quedado en el tintero, aunque de algún modo hemos tomado partido. Se presentan distintas opciones al analizar la dimensión de género en lo relativo a la salud laboral. Un enfoque bastante frecuente consiste en analizar, por categorías de riesgos, la situación que viven en este ámbito hombres y mujeres. De este modo, podemos obtener una visión panorámica de los distintos ámbitos de acción que puede abarcar la prevención y destacar las cuestiones de género que merecerían ser considerados. Nosotros hemos optado por aplicar un enfoque completamente distinto. Queríamos identificar los obstáculos que, en distintos ámbitos, podían desviar la atención y ocultaban los problemas de salud laboral de las mujeres. Esta elección se basa en tres premisas:

1. No hay ningún aspecto de la salud laboral que no esté vinculado con las relaciones sociales entre los sexos. Partiendo de

esta premisa, no nos era posible hacer una enciclopedia de salud laboral reelaborada en base a un análisis de género. Tampoco era una prioridad, dado que la creación de una lista de ámbitos de intervención no garantiza que se puedan superar los obstáculos que pretendíamos identificar.

2. La concepción de la salud laboral vertebrada en torno a la noción de riesgo no pone de manifiesto los diferentes factores determinantes sociales. El trabajo a media jornada o en contacto con el público no significa "estar expuesto a un riesgo", son condiciones laborales que interactúan con una amplia gama de otras condiciones que, juntas, determinarán a la vez los posibles daños a la salud, las estrategias para hacerles frente y los obstáculos que pueden hacer ineficaces dichas estrategias.
3. Hay un déficit real de conocimientos, pero el principal obstáculo es de índole política, incluso en la producción de dicho conocimiento. Esta es quizá una de las mayores paradojas que se desprenden de este estudio. A fin de cuentas, se sabe mucho y muy poco. Sabemos mucho cuando queremos saber. La bibliografía especializada en la materia sólo recoge una tímida parte de las investigaciones llevadas a cabo y de la información disponible. Cuando queremos saber, hasta los datos concebidos en un marco tan tergiversado como es el reconocimiento de enfermedades profesionales acaban aportando alguna información. Por otro lado, podríamos confeccionar una enorme lista de investigaciones que efectuar y señalar las hipótesis que merecieran un análisis en mayor profundidad. Sabemos muy poco porque se descarta muchísima información que se queda sin analizar porque es considerada como anecdótica sin un interés real para una política seria de prevención.

Comprender los obstáculos

La pregunta principal que surge es "¿cómo romper los círculos viciosos?". No se trata tanto de destacar una larga serie de problemas, sino de comprender la naturaleza de los obstáculos y de encontrar los medios para combatirlos. Por esta razón, el análisis de la dimensión de género en la salud laboral no responde a un patrón de perfeccionamiento teórico, ya que tiene profundas implicaciones en la definición de las políticas y en las estrategias de prevención.

La evolución del mundo del trabajo ha dibujado nuevas fronteras de la desigualdad, dado que implica la desagregación del trabajo tanto remunerado como no remunerado. Las formas de la división del trabajo varían, pero el impacto diferenciado de

tal división sobre la salud de hombres y mujeres sigue estando presente.

Si el problema se limitara a una distribución diferenciada de los riesgos en función de las profesiones y de los sectores de actividad, no plantearía mayor dificultad para las políticas preventivas. Pero el análisis del impacto de las condiciones laborales sobre la salud demuestra que no se trata de una mera distribución aleatoria de los riesgos entre hombres y mujeres. En otros términos, la propia construcción de la división sexual del trabajo integra como uno de sus factores determinantes la trivialización de los riesgos vinculada a los estereotipos masculinos y femeninos.

Según una tipología establecida por Philippe Davezies (1999), los daños a la salud pueden agruparse en tres categorías:

- Los daños directos a la integridad física causados generalmente por agentes materiales (máquinas o substancias) o por factores físicos.
- Los demanda excesiva causada por el desgaste inapropiado o excesivo de hombres y mujeres. Es la propia actividad de trabajo la que provoca este problema debido a su intensidad o su carácter repetitivo.
- Los atentados contra la dignidad. A este respecto podemos destacar numerosas formas de violencia psicológica (humillaciones, vejaciones, acoso moral).

Estos tres grupos no son compartimentos estancos, sino que interactúan entre sí. Debido a distintos motivos vinculados a la división sexual del trabajo, actualmente las mujeres están más amenazadas por los daños del segundo y tercer grupo. Concretamente, se observa un aumento de la taylorización en ciertas actividades femeninas en el sector de la industria y la introducción de ciertas formas de taylorismo en algunas actividades del sector servicios muy feminizadas (trabajo en hospitales, distribución, call centers, etc.).

Las prácticas preventivas suelen dar mayor importancia al primer grupo de daños a la salud. Estos grupos pueden, en cierto modo, deberse al funcionamiento normal del trabajo y presentarse como "accidentes" o "disfunciones". En algunos casos, los daños a la salud también significan trastornos en la producción, por lo que puede existir un interés común en la adopción de medidas preventivas.

La mayoría de los estudios sobre las condiciones laborales indican que las mujeres tienden a estar sobreexpuestas a una excesi-

va demanda y a los daños a la salud. Estos datos, obviamente, deben tratarse con prudencia, ya que corresponden en parte a la realidad y en parte a los estereotipos que la han moldeado y que han creado una percepción errónea de ésta. Las modalidades de exposición de las mujeres a los riesgos físicos y químicos inducen a menudo a subestimarlos. Los daños más específicos en lo referente al trabajo de las mujeres son aquellos que tienen menos posibilidades de ser tratados como disfunciones de la organización productiva. Sucede lo contrario con la excesiva demanda y los atentados contra la dignidad, que están relacionados con la intensidad del trabajo (y con su rentabilidad desde el punto de vista económico) y con su organización jerárquica. Los daños directos a la integridad física no remiten necesariamente al funcionamiento normal de la producción, pero el hecho de reconocerlos implicaría un cuestionamiento de la desvalorización del trabajo femenino. Es lo que se puede constatar en sectores como el de la limpieza o el textil. Existe un margen importante de mejoras, sin que por ello se tenga que cuestionar la "normalidad productiva". Una mejor elección de los productos químicos, o unos equipos de trabajo mejor adaptados podrían contribuir en la mejora de la salud laboral. Pero el reconocimiento de estos problemas y, sobre todo, una dinámica positiva de transformación de las condiciones de trabajo podría desembocar en la modificación de las relaciones de poder que, en última instancia, podría tener consecuencias en otros aspectos (cuestionamiento de los bajos salarios, de la flexibilidad horaria, etc.).

Asimismo, el hecho de tener en cuenta la dimensión de género implica que se tenga en cuenta la relación entre el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado. En este sentido, nos encontramos ante una cuestión fundamental de la perpetuación de desigualdades sociales.

Finalmente, la estrecha relación entre las condiciones de trabajo y los roles estereotipados desemboca en un análisis crítico de la construcción de lo masculino (o de la virilidad) y de lo femenino.

En base a esto, las prácticas preventivas deben cuestionar los factores determinantes centrales de la organización del trabajo y de la reproducción social. Pero, al mismo tiempo, dejan de ser simples prácticas preventivas y pierden la característica de neutralidad técnica que las determina a menudo. De este modo, sólo pueden integrarse en las prácticas de transformación política y social que abarcan un ámbito mucho mayor que la mera eliminación de los riesgos laborales, lo que podría ser la causa de los poderosos mecanismos de ocultación que hemos constatado.

Colaboración entre sindicalismo, feminismo y ecología: un tren que no se debe perder

Constatar la existencia de tan imponentes obstáculos podría invitar al desánimo. ¿Cómo cuestionar una opresión milenaria? ¿No es pedirle demasiado a las prácticas preventivas? Ante estas objeciones, podemos ofrecer dos argumentos decisivos.

Tener en cuenta la dimensión de género apela a los elementos fundamentales de la salud laboral, tanto para los hombres como para las mujeres. No se trata de un exceso teórico, ni de la expresión de un interés concreto por las trabajadoras. Los retos vinculados a las nuevas organizaciones del trabajo y a las transformaciones causadas por la mundialización del capital implican necesariamente una revitalización política de la salud laboral. El fracaso de los enfoques eminentemente técnicos no están relacionados tan sólo con la dimensión de género. Las enormes catástrofes causadas por la subcontratación en la industria química, las formas de competencia extrema aplicadas en el transporte marítimo, la catástrofe sanitaria del amianto o las múltiples consecuencias de la precarización del trabajo son distintos elementos que subrayan la incompatibilidad entre la organización actual de las actividades productivas y las necesidades humanas. La aplicación de la perspectiva de género permitirá quizá no faltar a la cita entre las perspectivas de transformación del trabajo remunerado y la lucha contra la desigualdad entre hombres y mujeres.

La posible convergencia de las distintas perspectivas del sindicalismo, el feminismo y la ecología supone un importante recurso. Durante demasiado tiempo, demasiado a menudo, la acción sindical en materia de salud laboral ha sido prisionera de una visión limitada a las relaciones entre los trabajadores y las la patronal. En este ámbito, en función de las relaciones de poder y del carácter más o menos conflictivo de las reivindicaciones planteadas, se podrían conseguir importantes mejoras. Esto sigue valiendo actualmente para ciertos problemas, y la acción sindical "clásica" sigue teniendo muchos años por delante. Sin embargo, un número cada vez mayor de problemas de salud laboral no se puede solucionar en un marco tan estrecho. La prevención eficaz del riesgo químico implica, con seguridad, ciertos cambios en la propia concepción de una producción aceptable en relación a los intereses a largo plazo de la humanidad y del medio ambiente. Es imposible luchar contra el aumento de la violencia en ciertas relaciones de trabajo sin afrontar cuestiones sociales de mayor calado.

Hay una continuidad entre el acoso sexual y la violencia ejercida a las mujeres fuera del ámbito de las relaciones laborales. Adoptar la perspectiva de género en el ámbito de la salud laboral ofrece también la posibilidad de liberar una inmensa energía de transformación. Supone reconocer aspectos ocultos del sufrimiento y el dolor, ofrecerles la posibilidad de transformarse en reivindicaciones colectivas. Nada está ganado de antemano. Puede que los obstáculos señalados acaben alcanzándonos. Pero intentar ganarles la carrera merece la pena.

Una estrategia de acumulación de fuerzas que surge de experiencias concretas

¿Cuál puede ser la relación entre una perspectiva a largo plazo y la acción cotidiana, no sólo del sindicato, sino de todos los actores de la prevención? Sin duda, aquí se encuentran las condiciones más favorables para crear una dinámica positiva. Las cuestiones de salud laboral hablan el lenguaje de género incluso cuando evitan cualquier visión teórica. Lo manifiestan cotidianamente porque nacen de las relaciones sociales en las que la desigualdad de género está omnipresente. En el ámbito de las acciones inmediatas, no se trata de desplazarse a nuevos territorios. Basta con agudizar la vista para ver mejor los paisajes viejos. La experiencia acumulada en campos como la lucha contra los trastornos musculoesqueléticos, el estrés o la violencia psicológica puede servir como base a un proceso de acumulación de fuerzas. De poco sirve que las soluciones aportadas sean parciales, las cuales sólo paliarían algunos de los problemas. Lo esencial es que permiten un cambio de roles: las claves para la transformación de la organización del trabajo se encuentran en la experiencia de las trabajadoras y los trabajadores. Sus problemas de salud sólo van a encontrar una solución a través de la elaboración de un punto de vista autónomo sobre la organización del trabajo y de su aplicación en la práctica. Todo cambio concreto que se obtenga a partir de esta acción autónoma refuerza la confianza en sí mismo y en las fuerzas del colectivo de trabajadores. Es la única manera de dejar de pedirle al doctor “un remedio milagroso que haga de mí un ser humano”...

Estudio de caso

Estudio de caso

España: La conciliación entre la vida profesional y la vida familiar

Por *Lorenzo Munar Suard*,
Centro de Sociología de la Salud, Universidad Libre de Bruselas

Una sentencia del Tribunal Supremo reconoció el derecho de una trabajadora a elegir su turno de trabajo. Esta trabajadora ya disfrutaba de una reducción de jornada laboral para cuidar de su hijo. En base a esta sentencia, la sección sindical de CC.OO-Volkswagen de Navarra decidió emprender una acción judicial para conseguir que ese derecho se hiciera extensivo a todas las trabajadoras y los trabajadores de la empresa.

La reivindicación consistía en reclamar el derecho de las mujeres a una reparto equilibrado entre las responsabilidades de la vida profesional y de la vida privada. En primer lugar, se le planteó la cuestión a la empresa, y ante la respuesta negativa de ésta, el asunto acabó en los tribunales. Con la ayuda de los servicios jurídicos de CC.OO., dos trabajadoras que ya disfrutaban de la jornada reducida interpusieron una demanda legal para solicitar el derecho a elegir el equipo y el horario de trabajo, para poder cuidar de sus hijos menores de seis años.

Dos sentencias del Juzgado de lo Social de Navarra[1] reconocieron el derecho de las dos trabajadoras de Volkswagen a elegir unos horarios de trabajo compatibles con el cuidado de sus hijos. Según dichas sentencias, tanto la elección del turno de trabajo como el período de reducción de jornada laboral para poder ocuparse de los hijos, dependen del trabajador. El derecho al mejor cuidado posible de los menores debe prevalecer sobre los intereses de la empresa. Las sentencias aluden al contenido de la ley española sobre conciliación de la vida familiar y laboral: "Configurar un sistema que contemple las nuevas relaciones sociales surgidas y un nuevo modo de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres que permita un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y en la privada"[2].

Para esta sección sindical, la sentencia supuso una importante victoria. La dirección de la empresa tuvo que aceptar las peticiones de ambas trabajadoras. En base a esto, dicha sección sindical pidió a la dirección de la empresa que la aplicación de las dos sentencias se hiciera extensiva a todas las trabajadoras y los trabajadores que, estando en la misma situación, lo solicitaran[3].

1. Sentencia 105/01 (27 de marzo de 2001) del Juzgado de lo Social N° 1 de Pamplona y Sentencia 119/2001 (5 de abril de 2001) del Juzgado de lo Social N° 2 de Pamplona.

2. Ley 39/1999 de 5 de noviembre, BOE n° 266 (sábado 6 de noviembre de 1999).

3. *Por Experiencia*, (2001).

Este ejemplo ilustra bien la dificultad de las trabajadoras y los trabajadores a la hora de conciliar la vida profesional y la vida privada, y suscita una serie de interrogantes.

Doble jornada laboral: doble presencia - doble ausencia

La incorporación de las mujeres al mundo del trabajo asalariado se aceleró a lo largo de la segunda mitad del s. XX. Datos recientes (1999[4]) indican que la tasa media de actividad de las mujeres, a nivel comunitario, es del 52,6%. En ambos extremos se sitúan Dinamarca (71,6%) y España (37,3%). Luxemburgo, Grecia, Italia y España tienen tasas inferiores al 50%; Bélgica, Irlanda, Francia, Alemania, Portugal y Austria se sitúan entre el 50% y el 60%; el Reino unido, Finlandia y Suecia se sitúan entre el 60% y el 70%; Dinamarca es el único país con una tasa por encima del 70%. A pesar de que se confirme la tendencia al alza en los tasa de ocupación de la población femenina en los quince países de la UE, siguen existiendo importantes diferencias entre los países. La incorporación masiva de las mujeres al mundo del trabajo remunerado ha provocado profundas transformaciones en las relaciones y las responsabilidades familiares.

4. Comisión Europea (2000).

Aunque tradicionalmente las mujeres se han dedicado a la familia y al trabajo doméstico, en la actualidad tienden más al mercado laboral, viéndose obligadas a conciliar la esfera del trabajo remunerado (esfera pública) con la esfera privada, hasta ahora consideradas como opuestas o, al menos, percibidas como tales. La esfera pública (típicamente masculina) estaría centrada en "lo social, lo político y lo económico" y se regiría por criterios como el éxito, el poder y el derecho a la libertad y a la propiedad universal, etc. Esta esfera pública también estaría profundamente vinculada a la realización de un componente más objetivo (y el único reconocido socialmente) de las necesidades del ser humano, la de los bienes y servicios. Sin embargo, la esfera privada o doméstica (típicamente femenina) estaría centrada en el hogar y fundada en los sentimientos y las relaciones afectivas, desprovista por tanto de toda idea de participación social, política o productiva. Además, estaría directamente relacionada con las necesidades subjetivas de las personas (afectivas y relacionales), poco valoradas socialmente a pesar de su importante influjo sobre la estabilidad física y emocional de los miembros de la familia y de su desarrollo personal[5].

5. Carrasco, C. (2001), p. 47.

A medida que las mujeres han ido accediendo al mercado laboral, el modelo de familia tradicional, marcado por la oposición entre la esfera pública/masculina y privada/femenina, ha ido

evolucionado hacia un nuevo modelo que tiende a consolidarse: el hombre mantiene su rol casi intacto, mientras que la mujer tiende a asumir un doble rol, el tradicional y el profesional. El proceso de incorporación de las mujeres al mundo del trabajo remunerado no ha implicado en absoluto el abandono de las responsabilidades domésticas. En la medida en que el trabajo doméstico realizado por las mujeres sigue siendo invisible, poco reconocido social y políticamente, estos cambios profundos que implican a toda la sociedad estarían asumidos principalmente por las mujeres, sin que las instituciones ni los hombres, en general, se hayan adaptado realmente al nuevo contexto.

Hablamos de doble jornada laboral (doméstica y asalariada) cuando hay que asumir las responsabilidades de las dos esferas de actividad de forma cotidiana y, a veces, hasta simultánea, tanto durante el tiempo de trabajo como durante el tiempo privado. La "doble presencia" significa que, durante el tiempo de trabajo remunerado, la persona debe gestionar la organización de sus responsabilidades domésticas y, durante su tiempo privado, debe organizar o gestionar, de alguna manera, sus responsabilidades profesionales. Esta movilización de los recursos afectivos y cognitivos, cuyo objeto es conciliar las diversas responsabilidades, puede tener un importante coste en términos de agotamiento, angustia, estrés, etc. Cuando la conciliación se hace realmente difícil, o simplemente imposible, la persona se puede encontrar con la sensación de "doble ausencia", es decir, con la impresión de no conseguir cumplir ni con las expectativas laborales, ni con las familiares.

Doble presencia y tiempo social

Ante el problema de la "doble presencia", la cuestión de los tiempos sociales (tiempo de satisfacción de las necesidades personales, tiempo de trabajo remunerado, tiempo de trabajo doméstico, tiempo de participación ciudadana y tiempo de ocio) es muy importante. Resulta interesante destacar la desigual distribución de los tiempos entre hombres y mujeres. En mayor medida cabe constatar las repercusiones de las interferencias o de los antagonismos entre estos tiempos. Las encuestas sobre el "empleo del tiempo" realizadas en la mayoría de países europeos, indican que la incorporación masiva de la mujer al mundo del trabajo remunerado no se ha visto acompañada, al menos en la misma proporción, por una incorporación paralela del hombre al mundo del trabajo doméstico. A pesar de las transformaciones sociales, la división sexual del trabajo continúa cargando a hombros de las mujeres la responsabilidad de los niños y del hogar. Esta es la razón por la que, en general, las mujeres sean las principales afectadas por el problema de la conci-

liación entre el trabajo doméstico y el trabajo remunerado, a pesar de que afecte también a los hombres.

Según un estudio realizado por el Instituto de la Mujer de Navarra[6], comunidad en la que residen las dos trabajadoras de Volkswagen que denunciaron a su empresa, la distribución de las responsabilidades entre hombres y mujeres en lo referente al cuidado de los niños es muy desigual. De este modo, incluso cuando los dos miembros de la pareja trabajan, sólo la mitad de los trabajadores comparten la responsabilidad del cuidado de los niños con su pareja, mientras que hasta un tercio de las mujeres son las responsables principales. También son muy importantes las diferencias entre hombres y mujeres respecto a una larga serie de tareas domésticas: cocinar, limpiar, lavar la ropa, fregar los platos, hacer la compra y planchar. La mayor parte de estas actividades las realizan las mujeres. La encuesta indica también que las mujeres que trabajan en el sector industrial son las que asumen una mayor proporción de tareas domésticas.

6. Instituto Navarro de Salud Laboral - Instituto Navarro de la Mujer (1999), pp. 115-123.

En el resto del territorio nacional, los datos[7] más recientes indican que las mujeres dedican al trabajo doméstico una media de 4h12' más al día que los hombres, mientras que éstos dedican al trabajo remunerado una media de 1h36' más que las mujeres y 42 minutos más al ocio. A nivel europeo, la tendencia es la misma. Según los datos publicados por la Fundación de Dublín[8], el reparto desigual de las responsabilidades entre hombres y mujeres en la cocina, el trabajo doméstico y la participación en la educación de los niños, es un hecho: un 85% de las mujeres asumen responsabilidades en la esfera doméstica, frente a un 25% de los hombres. Según estos datos, la división tradicional de los sexos continúa predominando indiscutiblemente en el empleo del tiempo. El problema de la conciliación desvela la necesidad de efectuar un análisis de la familia y del trabajo articulando ambos aspectos. Este proceso de conciliación ha obligado a las mujeres a desarrollar lógicas de resistencia individual, a adaptarse a la nueva situación y tener que elegir entre distintas opciones como pueden ser la reducción del trabajo familiar, la organización del trabajo de cuidado de los miembros de la familia y la manera específica de integrarse en el mercado laboral (trabajo a tiempo parcial, contrato de duración determinada o temporal, etc.)[9].

7. *Las mujeres en cifras*, datos de la encuesta "Usos del tiempo", Instituto de la Mujer(http://www.mtas.es/mujer/mcifras/).

8. Merllié, D., Paoli, P. (2001), pp. 47-48.

9. Carrasco, C. (2001), p. 53.

El análisis de esta situación no debería hacerse en función a un modelo familiar y profesional estable. Todos los colectivos de adultos que se detallan a continuación están implicados en el problema de la conciliación, especialmente los que están fuera de la "norma", tanto en lo referente a la familia como al trabajo:

- Las familias monoparentales.
- Los trabajadores precarios o desempleados (¿cómo gestionar el trabajo precario/el no-trabajo con la vida y las responsabilidades familiares?).
- Los solteros o los divorciados sin carga familiar (¿cómo gestionar el trabajo con la ausencia de cargas familiares?).

Las políticas familiares, de empleo, de salud pública o de salud laboral también tienen que tener en cuenta los problemas adicionales o específicos de estas personas.

Medidas y dispositivos adoptados para favorecer la conciliación

La nueva realidad social, caracterizada por la incorporación de la mujer al mundo del trabajo remunerado, tiene consecuencias tanto a nivel individual o familiar como a nivel de la sociedad civil, del Estado y de la empresa. Con respecto a la familia, se impone un cambio hacia un reparto más justo de las responsabilidades. Estos cambios deben incentivarse en parte a través de la adopción de políticas o iniciativas que vayan más allá del ámbito familiar, ya que las políticas en materia laboral y familiar son las que definen la forma en que hombres y mujeres hacen la división del tiempo entre ellos y el que dedican para sí mismos. También se imponen cambios por parte del Estado y de la sociedad. Aunque las políticas nacionales y comunitarias sobre la familia, la igualdad de oportunidades y el empleo asuman cada vez más la cuestión de la conciliación, los dispositivos adoptados pueden responder a lógicas diferentes y no tienen porqué contribuir a una reducción de la segregación en el trabajo. Algunas empresas empiezan a introducir cambios poco a poco en lo referente a la organización del trabajo para facilitar la conciliación aunque no existe, que sepamos, un repertorio de todas estas experiencias. La bibliografía disponible se centra en la presentación de las "buenas prácticas".

La creación de servicios de atención a la infancia

En el ámbito de la primera infancia, los gobiernos nacionales y/o regionales tienden al desarrollo de dispositivos (equipamientos colectivos, servicios y prestaciones) dirigidos a los padres que ejercen una actividad profesional. Aunque, por lo general, estos servicios tienden a mejorar, parece que los padres siguen enfrentándose a problemas frecuentes como la rigidez de los horarios (con respecto a sus horarios de trabajo atípicos o irregulares) y las normas de funcionamiento de los centros,

que plantean a veces problemas prácticos como impedir el acceso a los niños que están enfermos. La política familiar en general, sobre todo en lo referente al cuidado de la primera infancia, es muy importante para la condición de la mujer, ya que tiene el poder de mantener o reforzar, así como de reducir, las desigualdades sociales y la división sexual del trabajo en el seno familiar. El debate actual sobre la profesionalización de los sectores relacionados con el cuidado a la primera infancia (cuidadoras infantiles y niñeras) supone un asunto importante para la condición de la mujer, ya que el cuidado de los niños sigue siendo un "asunto de mujeres"[10] tanto como profesión como actividad no remunerada en el ámbito de la familia.

10. Fagnani, J. (2001).

Finlandia ofrece un ejemplo de buenas prácticas en lo referente a la creación de servicios de atención a la infancia[11]. Las decisiones políticas y las medidas adoptadas en este país para poner en marcha toda una serie de servicios para la primera infancia no han sido encaminados a la mejora de las oportunidades de acceso al mercado laboral de las mujeres, tal y como ocurre en la mayoría de países europeos, sino simplemente porque las mujeres estaban y están presentes de forma masiva en el mercado laboral desde hace años.

11. Lammi-Taskula, J. (2001).

Estas son algunas de las medidas adoptadas por el Estado finlandés para ayudar a los padres trabajadores:

- Un sistema integral del Estado que ofrece ayudas económicas al permiso por maternidad (18 meses), por paternidad (1-3 semanas) y a la baja parental (26 semanas).
- Un sistema municipal de guarderías que ofrece, desde 1996, una plaza para todos los menores de 7 años.
- La posibilidad para los padres de un menor de 3 años de quedarse en casa para cuidarlo hasta que cumpla dicha edad. Durante este tiempo, el puesto de trabajo del padre o la madre está garantizado, y la familia recibe una ayuda económica (*home care allowance*).
- La posibilidad para el padre o la madre de quedarse en casa un máximo de diez días para cuidar a un hijo enfermo menor de 10 años. La ley no garantiza el sueldo durante este periodo, aunque la mayor parte de convenios colectivos sí lo hace.

Estas medidas, así como la política familiar finlandesa en conjunto, son bastante excepcionales si las comparamos con las de otros países europeos. Sin embargo, hay que destacar que en Finlandia, a pesar de la igualdad formal, las mujeres son las que asumen en mayor parte las responsabilidades del cuidado de los niños. Son ellas, por tanto, las beneficiarias de los permisos y excedencias relacionadas con la maternidad y el cuidado de

la familia, aunque los hombres las puedan disfrutar en las mismas condiciones. El permiso por paternidad se ha hecho más popular en los últimos años y alrededor de dos tercios de los hombres que se convierten en padres se acogen a ella actualmente. Pero sólo entre el 2% y el 3% de los padres, frente a casi el 100% de las madres, solicitan el permiso por paternidad. Por otro lado, la duración media de este permiso no cesa de decrecer, siendo en el año 2000[12] de una duración media de 15 días.

12. *Statistics Finland* (2001), p. 16.

Creación de servicios de cuidados para personas mayores dependientes

Los países europeos, cuyas tendencias demográficas son parecidas, se enfrentan al envejecimiento de la población y a los problemas relacionados con el cuidado de las personas mayores con dificultades para asumir las tareas cotidianas básicas, o con un estado de salud precario. Son numerosos los dispositivos e iniciativas propuestos para intentar hacer frente a las dificultades de estas personas: la puesta en marcha de redes de servicios sanitarios a domicilio, de servicios de proximidad que cubran las necesidades de estas personas, de regímenes de trabajo que permitan a los trabajadores el cuidado de sus padres, el reconocimiento del trabajo de las hijas o las nueras como ayudantes mediante una remuneración económica, la profesionalización del trabajo de ayudante de personas mayores, etc. Sea cual sea la iniciativa adoptada, se enfrenta a las mismas dificultades: la articulación entre la familia, las leyes del mercado y el Estado, la financiación de los dispositivos y el impacto sobre la condición de la mujer, ya que, una vez más, la tarea de los cuidados y la ayuda a la familia recae sobre ellas, ya sea altruista o profesionalmente[13]. El mencionado estudio de Navarra refleja que un 16,1% de las trabajadoras viven con una persona mayor de 65 años, y que un 9,2% de las mujeres encuestadas declaran encargarse del cuidado de personas mayores, frente a un escaso 1,3% de los hombres[14]. Ya sea como parte de la familia o como profesionales de la ayuda a domicilio y del cuidado, las mujeres se exponen en mayor medida a las consecuencias de decisiones eminentemente políticas.

13. Martin, Cl. (2001), p. 84.

14. Instituto Navarro de Salud Laboral - Instituto Navarro de la Mujer (1999), p. 116.

Suecia[15] es un buen ejemplo de los problemas que acabamos de comentar. La crisis del Estado del bienestar, el desarrollo de una ideología escéptica y crítica con los monopolios públicos, así como la crítica al sistema de cuidado de las personas mayores han provocado una doble tendencia: la privatización y la exclusión de los cuidados de las personas mayores del sector

15. Gustafsson, R-A., Szebehely, M. (2001), pp. 252-259.

formal. Por un lado, se observa la tendencia a pagar por los servicios que anteriormente eran ofrecidos de manera gratuita por los servicios sociales municipales. Por el otro, el número de personas que se benefician de los recursos del sector formal de atención a las personas mayores está en regresión. En 1980, el 62% de las personas mayores disfrutaban de ayudas a domicilio o de cuidados institucionales, mientras que en 1997 sólo era el 43%. No hay cifras oficiales que permitan evaluar la prestación informal de estos cuidados, por tanto, no se puede evaluar hasta qué punto la familia (sobre todo las esposas, las hijas y las nueras) ha asumido esta función[16], aunque se observa un aumento del número de personas mayores que reciben cuidados por parte de la familia. Estos cambios se han ido produciendo progresivamente sin que se cuestione a fondo la intervención del sector público en los cuidados a las personas mayores, aunque se sitúan en un contexto determinado por una cierta austeridad presupuestaria. En este ámbito, la reducción de los gastos públicos tiende a afectar en especial a las mujeres[17], a sus condiciones de trabajo, a sus oportunidades de encontrar o de mantener un empleo y a sus posibilidades de conciliar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico.

16. Sería también útil saber si no ha habido una transferencia del sector formal de cuidados hacia un sector informal de cuidados remunerados ejercido por mujeres inmigrantes bajo condiciones laborales particularmente precarias.

17. Gustafsson, R-A., Szebehely, M. (2001), pp. 252 y 259.

Medidas para incentivar una mayor participación del padre en la familia

La conciliación entre la vida profesional y la familiar no sólo afecta a las mujeres. La ley española sobre conciliación entre vida profesional y vida familiar, ya mencionada, así como la directiva 96/34/CE sobre el permiso parental, han supuesto la introducción de importantes cambios legales para que los hombres trabajadores también puedan asumir los compromisos de la vida familiar y avanzar así en materia de igualdad de oportunidades. Esta directiva se enmarca en las políticas destinadas a promover y apoyar una mayor participación de los hombres en el cuidado de los hijos (véase la recomendación del Consejo Europeo 92/241/CE sobre el cuidado de los niños y de las niñas).

Directiva sobre el permiso parental (96/34/CE)

Esta directiva prevé la adopción de un permiso parental de 3 meses (lo que constituye un derecho individual tanto para hombres como para mujeres), propiciado por el nacimiento o la adopción de un niño. Este permiso se puede disfrutar en cualquier momento hasta que el niño haya cumplido 8 años. Desafortunadamente, la directiva no dice nada sobre la remuneración, lo que supone una importante limitación en cuanto a las condiciones de su aplicación práctica.

Recomendación del Consejo Europeo sobre el cuidado de los niños y de las niñas (92/241/CE)

Esta recomendación propone el desarrollo de medidas como:
- Desarrollo de servicios de cuidado para niños y niñas cuyos padres y madres trabajen o estén en periodo de formación.
- Adopción de medidas para que el entorno, la estructura y la organización del trabajo se adapten a las necesidades de los trabajadores con hijos.
- Sensibilización dirigida a implicar a los hombres en la atención y el cuidado de los hijos
- Introducción de medidas para favorecer los permisos parentales.

La adaptación de la organización del trabajo a las necesidades de los trabajadores

El concepto de la "doble presencia" permite sacar a la luz y subrayar la dimensión privada del tiempo de trabajo y la dimensión pública del tiempo familiar. En este sentido, la empresa se encuentra en el epicentro del problema, ya que se le incita a poner en marcha medidas de conciliación. La incompatibilidad de los horarios de trabajo con las exigencias familiares es una fuente de estrés y de insatisfacción constante y constituye un factor de riesgo que escapa del ámbito estrictamente profesional pero que, sin embargo, debe tenerse en cuenta a la hora de proteger la salud del trabajador. La empresa tiene que tener en cuenta por consiguiente los riesgos de la salud relacionados con los problemas de conciliación. Existen algunos ejemplos de buenas prácticas de conciliación trabajo-familia aplicadas por iniciativa de las empresas.

Ejemplos de buenas prácticas[a]

En Alemania, la empresa Freie Holzwerkstatt de Freising ofrece todos los meses a sus empleados masculinos la oportunidad de disfrutar de algunas horas de permiso remunerado, según la fórmula "tiempo dedicado a los niños". Estas horas pueden acumularse.

En Portugal, la empresa de telecomunicaciones Portugal Telecom ha puesto en marcha un sistema de gestión horaria con la creación de un "banco de horas". La idea es posibilitar una gestión flexible de la jornada laboral y permitir así a sus trabajadores un mayor control tanto sobre su vida profesional como sobre sus responsabilidades familiares y personales. La empresa también tiene en nómina, en régimen de teletrabajo a domicilio, a algunos trabajadores que tienen a su cargo familiares con minusvalías.

a. Ejemplos de buenas prácticas tomados de Guerreiro, M., Lourenço, V. (2000), p. 12.

La reducción y la ordenación de la jornada laboral

En un primer momento, las leyes y las medidas sobre la reducción y la ordenación de la jornada laboral se inscribieron sobre todo en el marco de las políticas de empleo, con la intención de favorecer la creación de empleo y la reducción del desempleo. La conciliación no era un objetivo en sí, o al menos no era una prioridad. Podemos observar, sin embargo, cierta evolución. En Francia, por ejemplo, la ley de las 35 horas semanales tiene como objetivo, entre otros, ayudar a los padres a conciliar la vida familiar con la vida profesional. En Holanda, el equilibrio entre trabajo y vida privada se ha convertido en una cuestión política y, entre 1995 y 1997, dos comisiones mixtas se encargaron de formular recomendaciones que concernían en especial al trabajo a tiempo parcial.

La segunda comisión reconoce que "el equilibrio de los intereses contradictorios de los trabajadores y de las empresas en la organización de la jornada laboral no no era una realidad todavía en las empresas, por lo que surge la necesidad de favorecer la postura del trabajador en la negociación mediante el derecho a la adaptación de la jornada laboral"[18]. Pero surge un interrogante: ¿son realmente medios eficaces el trabajo a tiempo parcial o la jornada reducida de conciliar el conflicto de intereses?

18. Wierink, M. (2000), p. 21.

Hasta la década de los 60, la diferencia principal entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo era la tasa de ocupación. Actualmente, esa diferencia tiende a disminuir y a acercarse significativamente, y las diferencias se encuentran sobre todo en la duración de la jornada laboral: la mano de obra femenina sigue asociada a los trabajos de jornada reducida, y el trabajo a tiempo parcial sigue siendo la forma de empleo más sexuada que existe. Al comparar el gráfico de la tasa de empleo a tiempo parcial con el de la tasa de empleo a tiempo completo de las mujeres, por tramos de edad, en países como Alemania, Dinamarca, Francia, Holanda y el Reino Unido "podemos apreciar que el tiempo parcial puede concebirse como un "sustituto" del trabajo a tiempo completo a partir del momento en que se decide formar una familia"[19]. Holanda es el país con una mayor incidencia de trabajo a tiempo parcial, que a menudo se concibe como un medio para conciliar la vida familiar y la vida profesional. ¿No supone esto más bien la constatación de que las mujeres no pueden combinar una vida profesional a tiempo completo con las responsabilidades familiares y domésticas que, en gran medida, siguen asumiendo[20]? ¿No supone el tiempo parcial un instrumento que tiende a reforzar las desigualdades entre hombres y mujeres? ¿No margina el tiempo parcial

19. Meilland, C. (2001), pp. 4-5.

20. Junter-Loiseau, A. (1999), p. 86.

aún más a las mujeres (madres) en el mercado laboral recluyéndolas en empleos de corta o muy corta duración, haciéndolas por tanto dependientes de su cónyuge y del Estado[21]?

21. Fagnani, J. (2000).

El tiempo parcial o la jornada reducida podrán ser un buen método de conciliación desde el punto de vista del respeto a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, el día en que hombres y mujeres dispongan de él en la misma proporción, el día en que esta forma de empleo no esté tan asociada a condiciones laborales precarias, el día en que las tareas domésticas sean realmente compartidas. Pero según los datos estadísticos y la evolución de la sociedad, ese día todavía por llegar.

Relaciones sociales entre los sexos y relaciones sociales de clase

El problema de la conciliación entre las dos esferas de actividad, además de la exigencia de realizar un análisis de la familia y del trabajo relacionando ambos conceptos, requiere que se tengan en cuenta a la vez las relaciones entre los sexos y las relaciones de clase para propiciar la reflexión sobre el lugar que ocupan los individuos en su sexo en función de su estatus en la escala social[22]. Las encuestas sobre "el empleo del tiempo" demuestran que la división sexual del trabajo perdura y que sigue habiendo desigualdades entre hombres y mujeres en lo referente al tiempo dedicado al trabajo doméstico. La pregunta es si dichas desigualdades se dan de igual manera o en la misma proporción en función de la categoría profesional a la que pertenece el individuo.

22. Devreux, A.M. (2001), p. 102.

Por lo general, las mujeres de las clases más favorecidas pueden recurrir a una solución para aligerar su carga de trabajo doméstico: contratar a asistentas, niñeras, cuidadores de mayores, etc. Estas opciones no son válidas para aquellas mujeres con ingresos modestos, por lo que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente a los problemas relacionados con la doble presencia.

La encuesta finlandesa *Quality of Work Life* de 1997 aporta ciertos datos interesantes sobre la conciliación entre la vida privada y la vida profesional. "El estudio muestra que las diferencias entre hombres y mujeres sobre la conciliación entre la vida privada y la vida profesional son sorprendentemente pequeñas y que la pertenencia a un grupo socioeconómico es un criterio que explicaría mejor la interacción del trabajo con la familia, y viceversa, que el sexo o la edad. Así, en el grupo de trabajado-

ras de tipo administrativo, las mujeres han respondido (en un porcentaje ligeramente menor que el de los hombres) que conseguían dejar de pensar en el trabajo cuando estaban en casa, y que pensaban que la familia podía pasar a veces a un segundo plano ya que a menudo estaban más inmersas en su trabajo que los hombres"[23].

Distintas encuestas realizadas en Suecia[24] indican que existe una relación entre la posición social de las mujeres y la implicación de sus maridos en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. La proporción de trabajo doméstico asumido por los hombres cuya esposa tiene un puesto de trabajo no cualificado no se ha incrementado tanto como en los demás grupos. Otros estudios indican que las mujeres obreras, en comparación con otros grupos de mujeres, están sometidas a mucho estrés ya que tienen poco control sobre su vida, tanto a nivel privado como profesional.

La encuesta de Navarra indica que la mujer, en general, sea cual sea su sector de actividad o su nivel de estudios, tiene más carga de trabajo doméstico y familiar que el hombre. Sin embargo, conforme el nivel de estudios va aumentando, también aumenta el número de tareas domésticas compartidas (aunque no en el caso del cuidado de los hijos y de las personas mayores, que siguen siendo actividades esencialmente femeninas) [25]. De este modo, el personal cualificado que trabaja en empresas, las científicas y las intelectuales, así como las empleadas de oficina comparte en mayor medida las responsabilidades familiares, y las asume en menor grado que las trabajadoras del sector industrial[26].

Un análisis[27] basado en los datos recogidos por la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994 sobre las desigualdades en materia de salud entre los trabajadores y las trabajadoras casados o que viven juntos, arroja unos resultados interesantes. El análisis muestra que cuando se estudian las diferencias de género en materia de salud, no sólo hay que tener en cuenta el trabajo remunerado y el trabajo doméstico, sino también la interacción entre el sexo y la clase social. Entre las mujeres con un empleo manual, las demandas sociales están asociadas a un peor estado de salud percibido, a enfermedades de larga duración muy duras o a enfermedades crónicas. Estas mismas mujeres, si viven con personas mayores de 65 años, tienden a tener un mal estado de salud percibido y a padecer al menos una enfermedad crónica.

Los resultados de estas encuestas demuestran la necesidad de tener en cuenta la interacción de las relaciones entre los sexos

23. Lehto, A-M., Sutela, H. (1999a), pp. 70-76.

24. Härenstam, A., Aronsson, G., Hammarstöm, A. (2001), p. 284.

25. Instituto Navarro de Salud Laboral (2000),

26. Instituto Navarro de Salud Laboral – Instituto Navarro de la Mujer (1999), p. 78.

27. Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J. (2001), pp. 639-647.

con las relaciones de clase para comprender mejor el problema de la conciliación. Hombres y mujeres no tienen las mismas oportunidades de conciliar la vida privada y la profesional en función del lugar que ocupan en la sociedad.

Efectos de la conciliación en la salud

La doble actividad, doméstica y profesional, incide significativamente en la salud psíquica de muchas mujeres que tienen que enfrentarse a obligaciones superpuestas durante el trabajo y su vida privada. La "doble presencia" y la sobrecarga de trabajo son, por tanto, factores de riesgo para las trabajadoras, especialmente de estrés.

Un mayor número de responsabilidades (profesionales, familiares, domésticas, etc.) puede dar lugar a un conflicto de intereses entre los roles que se deben asumir, lo cual puede ser una fuente de estrés y, por tanto, convertirse en un factor de riesgo para la salud. Pero el hecho de tener que asumir y conciliar distintos roles y responsabilidades no tiene porqué ser negativo. Al contrario, estas personas pueden tener más recursos que las otras, ya que, por ejemplo, pueden hacer valer su experiencia positiva en un ámbito para combatir el estrés en el otro. Además, la experiencia y las competencias adquiridas en el mundo del trabajo y/o la vida privada (familia, hogar, etc) pueden producir un mayor grado de integración social y, en consecuencia, un mayor control de sus vidas: la autoconfianza y la independencia económica pueden reducir e incluso anular el estrés adicional derivado de las múltiples responsabilidades. En general, este razonamiento es tan válido para hombres como para mujeres, el hecho de participar en los dos ámbitos tiene efectos beneficiosos en la salud si se consigue mantener el estrés a un nivel moderado y controlable, y si las personas tienen la posibilidad de decidir sobre su vida y su desarrollo personal[28].

Un estudio sueco[29] sobre la interacción entre la asunción de distintos roles y el bienestar de los trabajadores ilustra acertadamente lo expuesto. Esta encuesta, realizada sobre una población de 1.764 trabajadores y trabajadoras con estudios universitarios[30] y con hijos indica, entre otras cosas, que el hecho de combinar los roles y las funciones de la vida familiar y de la vida laboral favorece el bienestar personal. Los resultados también señalan, sobre todo entre las mujeres, que las responsabilidades "adicionales" no deben ser demasiado duras ya que, de otro modo, sus efectos sobre la salud y el bienestar se tornan

28. Härenstam, A., Aronsson, G., Hammarström, A. (2001), pp. 278-281.

29. Härestam, A., Bejerot, E. (2001), pp. 210-213.

30. Hay que comentar que la población estudiada ya cuenta con actitudes que fomentan la igualdad de oportunidades y con una orientación familiar marcada por un modelo de familia más bien moderno.

negativos. La familia "moderna" (en la que se comparte el trabajo doméstico y las responsabilidades económicas entre las parejas con empleo que requieren la misma dedicación) parece ser la más beneficiosa para el bienestar de los hombres y las mujeres. Las mujeres, ante esta situación compartida, dicen estar menos cansadas, sobrellevar una menor carga psicosocial y tener mejores perspectivas profesionales que las demás mujeres del estudio. Los hombres que se implican en el reparto equitativo del trabajo doméstico y el cuidado de sus hijos, salen también ganando. Están menos cansados y estresados por su trabajo remunerado y declaran tener las mismas perspectivas profesionales que los demás hombres del estudio. La asunción de roles múltiples y el hecho de compartir las responsabilidades en la vida privada pueden beneficiar a la salud y el bienestar de hombres y mujeres siempre que el estrés se mantenga a un nivel moderado.

Este estudio señala otros dos hechos:

- Las mujeres que trabajan a tiempo parcial no declaran estar menos cansadas o tener más tiempo para sí o para dedicar al ocio que las que trabajan a tiempo completo. La reducción del tiempo de trabajo remunerado no parece ser un medio efectivo para mejorar el bienestar de las mujeres (o, al menos, si no se efectúan otros cambios). El trabajo a tiempo parcial se asocia frecuentemente a condiciones laborales precarias y negativas.
- A pesar de las limitaciones del estudio (que no es extrapolable a todos los trabajadores y trabajadoras suecos, ni a otros países, dada la particularidad de la política familiar y de las normas culturales suecas), podemos argumentar que las condiciones de trabajo favorables contribuyen a promover, no solamente el bienestar de mujeres y hombres, sino también la igualdad de oportunidades al posibilitar el reparto de las tareas domésticas.

El efecto de la interacción entre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico en la salud no ha sido suficientemente estudiado en conjunto. En el marco de nuestra investigación hemos encontrado muy pocos estudios sobre el tema. Éstos[31] intentan principalmente, por una parte, evaluar la percepción de los trabajadores y las trabajadoras sobre la dificultad para conciliar el trabajo y las responsabilidades familiares y, por otra, evaluar el estado de su salud mental y/o físico. Indican que las dificultades para conciliar los diferentes roles y responsabilidades son una fuente de estrés y de ansiedad, y que hay una asociación efectiva entre las distintas dificultades de conciliación con ciertas enfermedades, al menos en algunos grupos de trabajadores.

31. Messing, K. (1999), pp. 146-158. Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J. (2001). Härestam, A., Bejerot, E. (2001).

Se necesita estudiar más a fondo los antagonismos y los puntos en común entre la doble jornada de trabajo y sus efectos en la salud mental y física de las personas, así como sobre la vida familiar y el empleo. Lo que está en juego es muy importante, en especial para la condición de la mujer. Así, en función de la división sexual del trabajo y de la segregación horizontal y vertical existente en el mercado laboral europeo algunas políticas de empleo o ciertos modos de organización del trabajo que pueden tener consecuencias muy negativas en la salud y en las oportunidades de las mujeres para acceder a ciertos puestos de trabajo, a ciertas profesiones y a ciertas responsabilidades dentro de las empresas.

Implicaciones de la acción de CC.OO.

La acción de la sección sindical de CC.OO.-Volskwagen de Navarra, así como las sentencias que han reconocido que el derecho a cuidar de los hijos debe primar sobre la empresa, revela que "la conciliación entre la vida familiar y profesional de los trabajadores" se ha convertido en una figura jurídica que los hombres y mujeres españoles deben hacer valer en sus empresas. El derecho a conciliar trabajo y responsabilidades familiares es un derecho individual que se debe oponer a las relaciones de subordinación profesional. Con esta ley, la conciliación en el mundo del trabajo no se limita a medidas que dependan de la buena voluntad de las empresas, sino que antepone la facultad de los trabajadores de organizar su vida profesional y su vida familiar.

La Ley sobre la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, a pesar de sus carencias y puntos débiles, se ha convertido en una herramienta práctica y efectiva para hacer valer los derechos de los trabajadores a la hora de elegir los horarios de trabajo en pro de una mejor gestión de sus responsabilidades profesionales y privadas. Queremos destacar también que el hecho de recurrir a la ley y de luchar por su aplicación constituye una importante estrategia de acción sindical. Las dos sentencias indicadas no están aisladas. Varios tribunales españoles de distinto nivel se han pronunciado sobre esta cuestión con una jurisprudencia favorable a las reivindicaciones de las trabajadoras. Las empresas se encuentran por tanto, cada vez más, ante la obligación de tener en cuenta los problemas de conciliación a los que se enfrentan los trabajadores, y tienen que organizar el trabajo en función a este hecho.

Pero la acción sindical de CC.OO. en lo referente al problema de la conciliación no se queda aquí. Le Secretaría Confederal

de la Mujer ha definido una estrategia para revisar el contenido de los convenios colectivos en función de las últimas reformas legislativas (en especial la mencionada ley 39/1999) tanto en el momento de su renegociación como en el seno de las comisiones mixtas de interpretación y vigilancia de los convenios. A pesar de que la negociación colectiva sea un instrumento esencial para la regulación y la mejora de las condiciones laborales, no cumple esta función en lo referente a la garantía y la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y, más concretamente, en lo referente a la incorporación de las medidas que podrían facilitar la conciliación. La Secretaría de la Mujer realizó un análisis crítico[32] de los convenios colectivos cuyo balance refleja dos situaciones diferentes: la de los convenios colectivos que producen o mantienen situaciones discriminatorias y la de aquellos que promueven la igualdad de oportunidades. Gran parte de los convenios colectivos incluyen condiciones o cláusulas que no solamente son obsoletas con respecto a la legislación en vigor, sino que son completamente discriminatorias.

32. Brunel, S. (2001), pp. 4-7.

Por todos estos motivos, la Confederación Sindical de CC.OO. se ha marcado las siguientes pautas en su estrategia sindical:

- La adecuación de los contenidos de los convenios colectivos conforme a las últimas reformas legislativas. Para facilitar la tarea de los negociadores, la Secretaría Confederal de la Mujer de CC.OO. ha publicado un folleto informativo[33] en el que se retoman los distintos elementos básicos que cualquier convenio colectivo debe incluir para recoger las medidas legales existentes, así como otras medidas que van más allá de lo establecido en la ley y que constituyen las propuestas sindicales de mejora de la misma.
- La incorporación de la transversalidad[34] como principio indiscutible e inherente al proceso de negociación colectiva y la inclusión de cláusulas generales antidiscriminatorias, lo cual debería favorecer la inclusión de medidas y estrategias que faciliten la conciliación.
- La promoción de una mayor participación de las mujeres en el proceso de negociación, favoreciendo así la introducción de la perspectiva de género para contribuir a una mejor comprensión de los problemas de la conciliación.
- La promoción de la formación y la sensibilización de los negociadores de los convenios colectivos (hombres y mujeres), tanto del lado de la empresa como de los sindicatos, en lo referente a la conciliación.
- La promoción del uso por parte de los hombres de los permisos existentes en lo referente al cuidado y la responsabilidad de los hijos y/o miembros de la familia.

33. Secretaría Confederal de la Mujer – CC.OO. (2001), 17 p.

34. La transversalidad significa que las acciones no se limitan a un solo ámbito de la sociedad (escuela, familia, alojamiento, empresa, mercado laboral, ejército, etc).

Todas estás medidas están concebidas con el objetivo de identificar y eliminar las discriminaciones existentes, y pretenden incorporar cláusulas e iniciativas que supongan un paso adelante en el camino de la igualdad de oportunidades, tanto formal como real, entre los trabajadores y las trabajadoras.

Las dificultades que encuentran muchas mujeres para integrarse de manera real y efectiva, no sólo al mercado de trabajo, sino también a otros círculos de participación como la vida política, la vida cultural, etc., a menudo se relacionan con los problemas de la conciliación. Como ya hemos señalado, la articulación entre trabajo y familia no es un problema individual, sino un problema social que resulta de los cambios sociales y de las interacciones entre el universo del trabajo y el universo de la familia. Los sindicatos, como actores sociales, pueden establecerse en la base de las estrategias e intervenciones, mejorando no sólo la condición de la mujer trabajadora, sino la de la mujer en general.

En nuestra opinión, la estrategia sindical de CC.OO. en materia de conciliación ha conseguido formular reivindicaciones y organizar acciones que tengan en cuenta las exigencias vinculadas a la igualdad y la salud laboral, lo cual, desgraciadamente, no es en absoluto una práctica sindical habitual. Dado que esta estrategia intenta incorporar la transversalidad de las relaciones sociales entre los sexos como principio inherente e indispensable del proceso de negociación colectiva, con todo lo que esto implica, tiene el mérito de situar el problema de la conciliación más allá del ámbito limitado de la empresa, para inscribir su acción en el marco de la transformación de la sociedad[35].

35. Vogel, L. (1999), pp. 23-25.

Bibliografía

Acevedo D (2002), *El trabajo y la salud laboral de las mujeres en Venezuela. Una visión de género*, Carabobo : Universidad de Carabobo.

Ahlers E, Dorsh-Schweizer M, Verdi et l'égalité hommes-femmes : le monde social des établissements à forte majorité féminine, *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 75 (mars 2002), pp. 28-39.

Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C (sous la direction de), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris : Editions Recherche Santé Social.

Ajello AM, Meghnagi S (1993), *Conoscenza e differenza. Dall'omologazione alla specifità di genere*, Rome : EDIESSE.

AK (Arbejdsskadestyrelsen - National Board of Occupational Injuries) (1999), *Statistics 1993-1999*, (http://www.ask.dk/English/Statistics/index.htm).

Alexanderson K, Östlin P (2001), Work and Ill-health among women and men in Sweden, *in* : Marklund St. (ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Estocolme : Swedish Work Environment Authority - Arbetslivinstitutet.

Alfonso Mellado C L *et alii, Mujer y trabajo. Las empresas de manipulado de frutas y hortalizas en la Comunidad Valenciana,* Valencia : Tirant lo blanch, 1997.

Alonzo P (1995), Employés de bureau : le genre masculin n'est pas neutre, *Les cahiers du MAGE*, n° 1, pp. 43-51.

Altieri G (1993), *Presenti ed escluse. Le donne nel mercato del lavoro : un universo frammentato*, Rome : EDIESSE.

Amable M, Benach J (2000), La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública?, *Gaceta Sanitaria*, vol. 14, n° 6, pp. 418-421.

Ames G, Rebhun L (1996), Women, alcohol and work : Interactions of gender, ethnicity and occupational culture, *Social Science & Medicine,* vol. 43, n° 11, pp. 1649-1663.

Angeloff T (1999), Des miettes d'emploi : temps partiel et pauvreté, *Travail, genre et sociétés*, n° 1, pp. 43-70.

Ankler R (1998), *Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world*, Genève : ILO.

Appay B, Thébaud-Mony A (dir.) (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris : CNRS-IRESCO.

Anker R (1998), *Gender and jobs : sex segregation of occupations in the world*, Genève : ILO.

Araujo T, Aquino E, Menezes, G *et al*. (2003), Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, vol. 37, n° 4, pp. 424-433.

Ardura A, Silvera R (2001), L'égalité hommes/femmes : quelles stratégies syndicales ?, *Revue de l'IRES*, n° 37, pp. 1-25.

Arena F, Valzania A (2003), *Dalla percezione del rischio alla prevenzione per la salute delle donne. Osservazione sulla salute e sicurezza di genere in Toscana (2002-2003),* Florence : ALT-ONLUS.

Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C (1999-a). Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud, *Gaceta Sanitaria*, vol. 13, n° 3, pp. 201-207.

Artazcoz L *et al*. (1999-b), Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 2, pp. 150-153.

Artazcoz L *et al*. (2001-a), Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada, *Gaceta Sanitaria*, vol. 13, pp. 190-196.

Artazcoz L, Borrell C, Benach J (2001-b), Gender Inequalities in health among workers : the relation with family demands, *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 55.

Artazcoz L *et al.* (2003), Género y Salud Pública. Desigualdades de género en salud : la conciliación de la vida laboral y familiar : *informe SESPAS 2002*.
Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides F (2003), Desigualtats en salut laboral, *in* : Borrell C, Benach J (dir.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelone : Mediterrania, pp. 251-282.
Artieda L (2000) *La vigilancia de la salud desde un registro poblacional de enfermedades profesionales*, Rapport présenté aux "Jornadas sobre vigilancia de la salud", Madrid : ISTAS.
Autain C (2001), *Alter égaux. Invitation au féminisme,* Paris : Robert Laffont.
Balbo L (ed.) (1987), *Time to care. Politiche del tempo e diritti quotidiani*, Milan : Franco Angeli.
Baldasseroni A, Carnevale F (1997), L'abbandono dell'uso del fosforo blanco nella produzione dei fiammifieri : un lungo processo per la realizzazione di un precoce esempio di vera prevenzione (1830-1920), *in* : Grieco A, Bertazzi PA, *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale,* Milan : Franco Angeli.
Ballestero MV (2002), Storia della legislazione italiana, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 19-24.
Bardot F *et alii* (1996), Différences de santé perçue selon le sexe en relation avec l'âge et le travail, *in* : Derriennic F, Touranchet A et Volkoff S, *Age, travail, santé. Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990*, Paris : INSERM.
Battagliola F (1999), Des femmes aux marges de l'activité, au coeur de la flexibilité, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 1, pp. 157-175.
Battagliola F (2000), *Histoire du travail des femmes*, Paris : La Découverte.
Battistoni L, Gilardi G (1992), *La parità tra consenso e conflitto. Il lavoro delle donne dalla tutela alle pari opportunità*, Rome : Ediesse.
Bedoya MH (2000), Mujer extranjera : una doble exclusión. Influencia de la ley de extranjería sobre las mujeres inmigrantes, *Papers*, n° 60, pp. 241-256, (http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n60.htm).
Benach J, Muntaner C, Benavides F G, Amable M, Jódar P (2001), Vers de nouvelles stratégies de prévention, *Newsletter du BTS*, n° 15-16, pp. 31-41.
Benavides F, Benach J (1999), *Precarious employment and health-related outcomes in the European Union*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Bergamaschi M, Omodei Zorini E, Schweizer K (1995), *Une benessere insopportabile. Identità femminile tra lavoro produttivo e lavoro di cura*, Milan : Franco Angeli.
Bedoya MH (2000), Mujer extranjera : una doble exclusión. Influencia de la ley de extranjería sobre las mujeres inmigrantes, *Papers*, n° 60, (http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n60.htm).
Beltran Felip R (2000), Las mujeres y el trabajo a tiempo parcial en España. Elementos para su análisis, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 17, pp. 139-161.
Benach J, Gimeno D, Benavides F (2002), *Types of employment and health in the European Union*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Bennett D (1993), Occupational health : a discipline out of focus, *Journal of Public Health Policy*, vol. 14, n° 3, pp. 276-298.
Bertin C, Dubré JY, Meritet F (1997), Relation âge-santé. Travail au féminin, *Médecine et Travail*, n° 4, pp. 21-28.
Bielenski H, Bosch G, Wagner A (2002), *Working time preferences in sixteen European countries,* Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Bihr A, Pfefferkorn R (1996), *Hommes-Femmes. L'introuvable égalité. Ecole. Travail. Couple. Espaces publics*, Paris : Ed. De l'Atelier.
Bihr A, Pfefferkorn R (1999), *Déchiffrer les inégalités*, Paris : Ed. Syros.
Billiard I (2001), *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris : La Dispute.
Bizcarrondo M (1994), El feminismo socialista en España : Redero M, *Sindicalismo y movimientos sociales,* Madrid : UGT-Centro de Estudios Históricos, pp. 127-146.

Björklöf A (2000), Male nurses called into question, *Working Life. Research and development news*, n° 5, p. 1.
Blair A, Zahm SH, Silverman DT (1999), Occupational cancer among women : research status and methodologic considerations, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 36, pp. 6-17.
Blount E *et al.* (2003), *Industria como naturaleza. Hacia la producción limpia*, Madrid : La Catarata.
Boisard P *et al.* (2003), *Time constraints at work and health risks in Europe*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Boix P, García AM, Llorens C, Torada R (2001), *Percepciones y experiencia. La prevención de los riesgos laborales desde la óptica de los trabajadores*, Valence : ISTAS.
Bollé P (2001), Part-time work : solution or trap ? *in :* Fetherolf Loutfi M (ed.), *Women, gender and work*, Genève : ILO, pp. 215-238.
Borg V, Kristensen T (2000), Social class and self-rated health : can the gradient be explained by life style or work environment, *Social Science and Medecine,* vol. 51, pp. 1019-1030.
Borderías C, Carrasco C, Alemany C (1994), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Barcelone : Icaria.
Borrell C, Rué M, Pasarín MI, Benach J, Kunst AE (2000), La medición de las desigualdades en salud, *Gaceta Sanitaria*, vol. 14, n° suppl. 3, pp. 20-33.
Bossuyt N, Van Oyen H (2000), *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique*, Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique.
Bourdieu P (dir.) (1993), *La misère du monde,* Paris : Seuil.
Bourguignon D (1999), *Aspectos epidemiológicos de acidentes de trabalho em bancários. Um recorte de gênero e adoecimento*, Vitória : SEEB/ES.
Brito J, *Saúde, trabalho e modos sexuados de viver*, Rio-de-Janeiro : Editora Fiocruz, 1999.
Brito J (2000), Enfoque de gênero e relação saúde-trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, n° 1, pp. 195-204.
Brito J *et alii*, (2001), *Trabalhar na Escola ?* "*So inventando o prazer*", Rio de Janeiro : Ediçoes IPUB – CUCA.
Brody J, Rudel R, Melly SJ, Maxwell N (1998), Endocrine disruptors and breast cancer, *Forum for Applied Research and Public Policy,* vol. 13, n° 3.
Brophy J *et al.* (2002), Occupational histories of cancer patients in a Canadian cancer treatment center and the generated hypothesis regarding breast cancer and farming, *International Journal of Occupational and Environmental Health,* n° 8, pp. 346-353.
Brown E, Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M, "Les paroxysmes de la conciliation. Violence au travail et violence du conjoint", *Travail, genre et sociétés*, n° 8, L'Harmattan, novembre 2002, pp. 149-165.
Bué J, Roux-Rossi D (1997), Négociations et compromis autour du travail de nuit des femmes : le cas de l'industrie, *Cahiers du MAGE*, n° 2-1997, pp. 61-70.
Bué J, Rougerie C (1999), L'organisation du travail : entre contraintes et initiative (résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998), *Premières Synthèses*, 99-08, n° 32-1, Dares.
Brugulat P, Séculi E, Fusté J (2001), Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 1, pp. 54-60.
Brunel S (2001), *Hacia la conciliacion de la vida familiar y profesional. Estrategias de Negociacion Colectiva*, Secretaria Confederal de la Mujer CC.OO. Communication présentée lors des "Jornadas organizadas pour la Secretaria de la Mujer de Comisiones Obreras de Navarra", Pamplona, 17 octobre 2001.
BTS-CES (2001), *Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail*, Bruxelles : BTS.
Bustreel A (1995), L'approche économique de la division sexuelle du travail, *Les cahiers du MAGE*, n° 3-4, pp. 125-142.
Les Cahiers du GRIF (1974-a), numéro thématique : Faire le ménage c'est travailler, n° 2, février 1974.

Les Cahiers du GRIF (1974-b), numéro thématique : Les femmes font la fête font la grève, n° 5, décembre.
Les Cahiers du GRIF (1976), numéro thématique : Le travail c'est la santé, n° 11, avril 1976.
Calera A *et al*. (2001), *La prevención de los riesgos en los lugares de trabajo. Guía para una intervención sindical* (3e édition), Madrid : ISTAS.
Campo G *et al*. (2003), *Indagine su salute, sicurezza e benessere nel lavoro flessibile*, Rome : CGIL-ISPESL.
Cardia-Vonêche L, Bastard B, Gonnik V (1999), Le temps des hommes et des femmes dans l'entreprise, *Cahiers du Genre,* n° 24, pp. 37-50.
Carlson L (2001), Peculiar restrictions : retraints on women's employment in Sweden, *NORA*, vol. 9, n° 1, pp. 21-36.
Carnevale F, Baldasseroni A (1999), *Mal da lavoro, storia della salute dei lavoratori,* Rome-Bari : Ed. Laterza.
Carnevale F (2002), Tre secoli di lotte, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 25-34.
Cascioli A, Saba L (1981), *Lavoro a turni e qualità della vita*, Milan : Franco Angeli.
Castel R (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris : Fayard.
Castleman B (1988), Corporate influence on TLVs, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 13, pp. 531-559.
Castoriadis C (1974), La hiérarchie des salaires et des revenus, *L'expérience du mouvement ouvrier. Vol. 2. Prolétariat et organisation*, Paris : UGE.
Catalini P (1993), *Uguali anzi diverse. I nuovi obiettivi legislativi oltre le pari opportunità*, Rome : EDIESSE.
Catarino C, Oso L (2000), La inmigración femenina en Madrid y Lisboa : hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza, *Papers*, n° 60, pp. 183-207, (http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n60.htm).
Cattaneo N (1997), Le travail à temps partiel entre rêve et cauchemar, *Cahiers du MAGE*, n° 2-1997, pp. 71-80.
Carrasco C (2001), La sostenibilidad de la vida humana : ¿Un asunto de mujeres?, *Mientras Tanto*, n° 82, pp. 43-70.
Carrasco C, Recio A (1999), *Time, work and gender in Spain*, papier présenté à la 21e Conférence du Groupe de travail international sur la segmentation du marché du travail, Bremen, septembre 1999.
CC.OO.-USM (Confederación Sindical de Comisiones Obreras - Unión Sindical de Madrid) (1999), *Mujer, salud y trabajo. Apuntes de intervención sindical,* Madrid : USM.
CC.OO. (Confederación Sindical de Comisiones Obreras) (2000), *El acoso sexual en el trabajo en España,* Madrid : Secretaría Confederal de la Mujer.
CC.OO. (Confederación Sindical de Comisiones Obreras) (2001-a), *La conciliación de la vida familiar y laboral en los convenios colectivos,* Madrid : Secretaría Confederal de la Mujer.
CC.OO. (Confederación Sindical de Comisiones Obreras) (2001-b), *La igualdad de género en el trabajo : una prioridad de comisiones obreras,* Madrid : Secretaría Confederal de la Mujer.
CC.OO. (Confederación Sindical de Comisiones Obreras) (2003), *Consideraciones generales y buenas prácticas sobre igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la negociación colectiva*, Madrid : CC.OO.
Cervera M (2003), Las asociaciones como mecanismos de visibilización y debate social para una mejor salud de las mujeres, *Quark*, n° 27, (http://www.imim.es/quark/num27/).
Cevoli M (1993), *De donne e organizzazion del lavoro. Dal taylorismo alle risorse umane la cultura d'impresa riscopre la differenza*, Rome : EDIESSE.
Cézard M, Hamon-Cholet S (1999-a), Efforts et risques au travail en 1998, *Premières Synthèse*s, 99.04 - n° 16.1, Dares.
Cézard M, Hamon-Cholet S (1999-b), Travail et charge mentale, *Premières Synthèse*s, 99.07 - n° 27.1, Dares.
Cézard M, Dussert F, Gollac M (1992), Les facteurs de pénibilité mentale au travail, résultats de l'enquête Conditions de travail de 1991, *Premières informations*, n° 265.
CFDT (2001), *Le travail en questions. Enquête sur les mutations du travail*, Paris : Syros.

CGIL-Coordinamento nazionale donne (1991), *La legge della differenza. Pari opportunità e azioni positive nella legge 125/1991*, Rome : Ediesse.
Chaker S (2002), La «macdonaldisation» du travail du sexe, *VEI Enjeux*, n° 128, pp. 176-196.
Christen-Lécuyer C (2000), Les premières étudiantes de l'Université de Paris, *Travail, genre et sociétés*, n° 4, pp. 35-50.
Chronique féministe (1989), Dossier : La santé des infirmières, n° 31.
Chronique Féministe (1990), Dossier : Le travail à temps partiel, n° 36.
Chronique Féministe (1992), Dossier : Harcèlement sexuel, n° 44.
Chronique Féministe (1994), Dossier : Le travail de nuit des femmes, n° 52.
Chronique Féministe (2002), Dossier : «A votre santé», n° 80-82.
Clark C (1997), *Radium Girls. Women and Industrial Health Reform, 1910-1935*, Chapell Hill-London : The University of North Carolina Press.
Clot Y (1998), *Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie,* Paris : La Découverte.
Clottens F, Verbeken E, Demedts M, Nemery B (1997), Pulmonary toxicity of components of textile paint linked to the Ardystil syndrome : intratracheal administration in hamsters, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 54, pp. 376-387.
CLR (Construction Labour Research) (1997), *Women in construction.* Numéro thématique de *CLR News*, n° 3-1997.
Coenen M-Th (1991), *La grève des femmes à la FN en 1966*, Bruxelles : Ed Pol-His.
Coenen M-Th (2002), *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, Bruxelles : Ed Pol-His.
Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R (2002), ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS, *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, n° 4, pp. 358-361.
COMEDIA (2002), *La santé au travail - une affaire syndicale. Exemples d'intervention dans les entreprises de l'industrie graphique*, Berne : COMEDIA.
Commission européenne (1997-a), *L'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne*, Luxembourg : Office des publications officielles des CE.
Commission européenne (1997-b), *Femmes et travail. Rapport sur les recherches existant dans l'Union européenne*, Luxembourg : Office des publications officielles des CE.
Commission européenne (1999), *Rapport sur la transposition de la directive 92/85*, document COM 1999-100.
Commission européenne (2000), *Living Conditions in Europe 2000*, Eurostat.
Commission européenne (2002-a), *S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006,* Communication de la Commission, document COM 2002 118.
Commission européenne (2002-b), *L'emploi en Europe 2002. Evolution récente et perspectives,* Luxembourg : Office des publications officielles des CE.
Conne-Perréard E, Glardon MJ, Parrat J, Usel M (2001), *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*, Genève : Conférence Romande et Tessinoise des Offices Cantonaux de Protection des Travailleurs.
Conti P, Smargiasse A (1982), Diffusione e declino della necrosi fosforica del mascellare nei fabbricanti di fiammiferi, *in* : Bteri ML, Gigli-Marchetti A (ed.), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milan : FrancoAngeli.
Contini G (2002), Mezzadre e lavoranti a domicilio, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 35-38.
Corradi L (1991), *Il tempo rovesciato. Quotidianità femminile e lavoro notturno alla Barilla*, Milan : FrancoAngeli.
Costa G, Cardano M, Demaria M (1998), *Torino. Storie di salute in una grande città*, Turin : Città di Torino, Ufficio di statistica.
Cottereau A (1978), La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du Travail*, n° 2, pp. 192-224.
Cottereau A (1983), Usure du travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIXe siècle, *Le Mouvement Social*, n° 124, pp. 71-112.

Courtenay W (2000), Constructions of masculinity and their influence on men's well-being : a theory of gender and health, *Social Science & Medicine,* vol. 50, n° 10, pp. 1385-1401.
Coutrot T (1998), *L'entreprise néo-libérale, nouvelle utopie capitaliste ?*, Paris : La Découverte.
Coutrot T (1999), *Critique de l'organisation du travail*, Paris : La Découverte.
Cru D, Volkoff S (1996), La difficile construction de la santé au travail, *Revue de l'IRES*, n° 20, pp. 37-61.
Cruz A, Noriega M, Garduno M (2003), Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones, *Cadernos de Saúde Pública,* vol. 19, n° 4, pp. 1129-1138.
Curli B (2002), La visibilità delle lavoratrici, *Salute e territorio*, n° 130, 14-18.
C.U.T. (Central Unica dos Trabalhadores) (1995), *Saúde, meio ambiente e condiçoes de trabalho. Conteúdos básicos para uma açao sindical*, Sao Paulo : Fundacentro.
Damiani F, Rodriguez F (1978), *Anna Kuliscioff. Immagini Scritti Testimonianze*, Milan : Feltrinelli.
Daniellou F (1999), Les troubles musculo-squelettiques, symptôme d'une pathologie organisationnelle, *Newsletter du BTS*, n° 11-12, pp. 34-37.
Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A (2002), *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*, Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
Davezies P (1998), De la récupération psychique, *Santé et Travail,* n° 25, octobre.
Davezies P (1999), Evolutions des organisations du travail et atteintes à la santé, Contribution au séminaire "Nouvelles organisations du travail", *in* : *Travailler*, n° 3.
de Filippo E, Pugliese E (2000), Le donne nell'immigrazione in Campania, *Papers*, n° 60, pp. 55-66.
De Brucq D (2001), Une vaste enquête : "les maladies professionnelles en Europe, déclaration, reconnaissance et indemnisation", *Revue belge de sécurité sociale*, 2e trimestre 2001, pp. 367-385.
Dejours C (1988-a), Le masculin entre sexualité et société, *Adolescence*, 6, 1, pp. 89-116.
Dejours C (1988-b), *Plaisir et souffrance dans le travail : séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail,* Paris : Editions de l'AOCIP 1988, 2 vol.
Dejours C (1993), *Travail, usure mentale, essai de psychoptahologie du travail*, Paris : Bayard.
Dejours C (1997), Virilité et stratégies collectives de défense dans les nouvelles formes d'organisation du travail, *Les cahiers du MAGE*, n° 3-4, pp. 147-158.
Dejours C (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Seuil.
Dellinger K, Williams C (1997), Makeup at Work : Negotiating Appearance Rules in the Workplace, *Gender and Society*, vol. 11, n° 2, pp. 151-177.
Delphy C (1998), *L'ennemi principal. Vol. 1 : Economie politique du patriarcat*, Paris : Syllepse.
Delphy C (2001), *L'ennemi principal. Vol. 2 : Penser le genre*, Paris : Syllepse.
Dembe AE (1996), *Occupation and Disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*, New Haven-London : Yale University Press.
Dembe AE (1997), The history of carpal tunnel syndrome, *New Solutions*, vol. 7, n. 3, pp. 15-22.
Denis M, Van Rokeghem S (1992), *Le féminisme est dans la rue*, Bruxelles : Pol-His.
Denton M, Walters V (1999), Gender differences in structural and behavioral determinants of health : an analysis of the social production of health, *Social Science & Medicine,* vol. 48, n° 9, pp. 1221-1235.
Derriennic F, Touranchet A, Volkoff S (1996*), Age, travail, santé : Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV*, Paris : éd. INSERM.
Devreux AM (1992), Etre du bon côté, *in* : CREA, CEFUP, *Des hommes et du masculin*, Lyon : Presses Universitraires de Lyon, pp. 147-164.
Devreux AM (1997), Des appelés, des armes et des femmes : l'apprentissage de la domination masculine à l'armée, *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 18, 3-4, pp. 50-78.

Devreux AM (2001), Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé, *in :* Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C (sous la direction de), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris : Editions Recherche Santé Social.

Dhondt S, Kraan K, van Sloten G (2002), *Work organisation, technology and working conditions*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Di Martino V, Hoel H, Cooper C (2003*), Preventing violence and harassment in the workplace*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Dodier N (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié.

Doniol-Shaw G (1992), Cachez ce sale que je ne saurais voir, *Contradictions*, n° 69-70, pp. 125-132.

Doniol-Shaw G (2000-a), *Les évolutions du travail des femmes dans le secteur des services et leurs effets sur la santé. Le cas des employées et des ouvrières*, rapport au séminaire du CEE sur l'intensité du travail, Paris, (texte intégral sur le site : http://www.cee-recherche.fr/fr/sem_intens/seance03/doniol.pdf).

Doniol-Shaw G (2000-b), *STED 1993-1998, Enquête longitudinale auprès des salariés DATR des entreprises sous-traitantes d'EDF intervenant lors des arrêts de tranche des centrales nucléaires*, Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Doniol-Shaw G, Guilho-Bailly MP (1996), Emploi, conditions de travail et santé des employés dans les services, *Cahiers du Mage*, n° 4-1996, pp. 16-33.

Downs LL (1993), Les marraines élues de la paix sociale ? Les surintendantes d'usine et la rationalisation du travail en France, *Le Mouvement Social*, juillet-septembre 1993, pp. 53-76.

Downs LL (2002), *L'inégalité à la chaîne. La division sexuée du travail dans l'industrie métallurgique en France et en Angleterre*, Paris : Albin Michel.

Doyal L (1995), *What makes women sick : gender and the political economy of health*, Londres : MacMillan.

DRT (Direction des Relations du Travail) (2000), *Conditions de travail. Bilan 1999*, Paris : La Documentation Française.

DSL (Gruppo "Donne-Salute-Lavoro" CGIL-CISL-UIL di Milano) (2000), *100 gesti al minuto : donne o macchine ? Risultati di una indagine su alcuni settori lavorativi*, Rome : Istituto Italiano di Medicina Sociale.

Ducki A (2001), Arbeit und Gesundheit, *in* : *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Ein Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart : Kolhammer, pp. 366-446.

Dunezat X (1999), Mouvements sociaux sexués : reproduction et changements, *Cahiers du Genre,* n° 26, pp. 101-109.

Dupré D (2002), La santé et la sécurité des hommes et des femmes au travail, *Statistiques en bref*, Thème 3 n° 4/2002.

Durán MA (2000), Concentración y reparto del trabajo no renumerado en el hogar, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 17, pp. 91-121.

Durán MA (2001), Mujeres y hombres en la economía española. Trabajo y usos del tiempo *in* : Durán MA, Serra I, Torada R, *Mujer y trabajo. Problemática actual,* Valence : Editorial Germania, pp. 11-29.

Dwyer T (1991), *Life and Seath at Work. Industrial Accidents as a Case of Socially Produced Error*, New York : Plenum Press.

Ehrenreich B, English D (1983), *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal : Editions du Remue-ménage.

Elerkamp M, Jungmann B (1983), Le travail et la santé : la vie des ouvrières d'une usine textile de Brême entre 1888 et 1914, *Le Mouvement Social,* n° 164, pp. 113-130.

Evans O, Steptoe A (2002), The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups**,** *Social Science & Medicine*, vol. 54, n° 4, pp. 481-492.

Engels F (1960), *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris : Editions sociales.

Escribá V, Más R, Saurel-Cubizolles M (1998), Reincorporación al trabajo de las madres durante el primer año de vida de su hijo, *Archivos de prevención de riesgos laborales*, vol. 1, n° 4, pp. 145-150.
Escrivá A (2000), ¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona, *Papers*, n° 60, pp. 327-342, (http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n60.htm).
EUROFOUND (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) (1995), *The European Health and safety Database - HASTE : summaries of descriptions of systems for monitoring health and safety at work*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Eurogip (1999), *Study on Occupational Diseases in Europe. Figures and Trends*, Paris : Eurogip.
Eurogip (2002-a), *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens*, Paris : Eurogip.
Eurogip (2002-b), *Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe*, Paris : Eurogip.
Eurogip (2002-c), *Lombalgie et asthme allergique : deux études de cas au niveau européen*, Paris : Eurogip.
European Agency (European Agency for Safety and Health at Work) (2000), *The State of Occupational Safety and Health in the European Union- Pilot Study*, Luxembourg : Office for official publications of the EC.
European Commission (1998), *Report on the operation of directive 67/548 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions relating to the classification, packaging and labelling of dangerous substances; Directive 88/379 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions relating to the classification, packaging and labelling of dangerous preparations; Regulation 793/93 on the evaluation and control of the risks of existing substances; Directive 76/769 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the restrictions on the marketing and use of certain dangerous substances and preparations*, Bruxelles : European Commission.
Fadiga Zanatta AL, Mirabile ML (1993), *Demografia, famiglia e società. Come cambiano le donne*, Rome : EDIESSE.
Fagan C, Burchell B (2002), *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Fagan C (2003), *Working-time preferences and work–life balance in the EU : some policy considerations for enhancing the quality of life*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Fagnani J (2000), *Un travail et des enfants. Petits arbitrages et grands dilemmes*, Paris : Bayard Editions.
Fagnani J (2001), La politique d'accueil de la petite enfance en France : ombres et lumières, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 6, pp. 105-119.
Falcoz C (2003), *Réflexions sur les rapports entre virilité et management. Le point de vue des cadres homosexuels*, Journée d'études "Cadres et ingénieurs au regard du genre", IRESCO, Paris 20 juin 2003, (texte sur le site : http://www.univ-aix.fr/lest/sommaire/index.html).
Farinelli F (1993), *Formare la parità. Formazione e orientamento per le pari opportunità*, Rome : EDIESSE.
FAT (Fonds des Accidents du Travail) (1999), *Rapport annuel 1998*, Bruxelles : FAT.
FAT (2001), *Rapport annuel 2000*, Bruxelles : FAT.
FCT (Federación de Comunicación y Transporte de Comisiones Obreras) (2000), *Riesgos psicosociales en el sector audiovisual. El caso de RTVA,* Madrid : FCT.
Fernández E, Schiaffino A, Martí M (2000), Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa, *Gaceta Sanitaria*, vol. 14, n° 4, pp. 287-290.
Fetherolf Loutfi M (ed.) (2001), *Women, Gender and Work. What is equality and how do we get there ?*, Genève : International Labour Office.
FIA-UGT (Federación Industrías Afines- Unión General de Trabajadores) (1993), *Salud Laboral : Sindrome Ardystil. Riesgos laborales en la industría de la aerografía,* Madrid : UGT.

FMP (Fonds des Maladies Professionnelles) (2002), *Rapport Annuel 2000*, Bruxelles : FMP.
Fonow M (1998), Protest Engendered : The Participation of Women Steelworkers in the Wheeling-Pittsburgh Steel Strike of 1985, *Gender and Society*, vol. 12, n° 6, pp. 710-728.
Fortino S (2002), *La mixité au travail*, Paris : La Dispute.
Foucault M (1976), *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
Fox J, Gee D, Jones D, Leon D (1982), *Cancer and Work. Making sense of worker's experience*, Londres : City University Statistical Laboratory et General and Municipal Workers Union.
Frader L (1995), La division sexuelle du travail à la lumière des recherches historiques, *Les cahiers du MAGE*, n° 3-4, pp. 143-156.
Frazier L, Hage M (1998), *reproductive hazards of the workplace*, New Yok : Van Nostrand Reinhold.
Frey L, Livraghi R (dir.) (1999), *Gestione del tempo di lavoro e lavoro femminile*, Milan : Franco Angeli.
Frigul N, Bretin H, Mettenier I, Aussel L, Thébaud-Mony A (1993), Atteintes à la santé et exclusion professionnelle. Une enquête auprès de 86 femmes en chômage de longue durée, *Travail et Emploi*, n° 56, pp. 34-44.
Gallagher J (1999), *A gender sensitive health and safety,* Londres : TUC.
Garcia A *et al.* (2002), *Violences au travail. Harcèlement moral et sexuel. Caractéristiques et conséquences sur les travailleurs féminins et masculins*, Louvain : UCL.
García AM (1999), Condiciones de trabajo y reproducción : un recorrido por las evidencias, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, vol. 2, n° 1, pp. 19-25.
Garrido A (2000), El reparto del trabajo no renumerado : expectativas y deseos de cambio, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 17, pp. 15-38.
Ghailani D (2002), La protection des droits liés à la grossesse et à la maternité dans l'ordre juridique communautaire, *Revue belge de sécurité sociale*, 2e trimestre 2002, pp. 367-390.
Geurts S, Kompier M, Gründemann R (2000), Curing the Dutch disease ? Sickness absence and work disability in the Netherlands, *International Social Security Review,* vol. 53, pp. 79-103.
Goffman E (2002), *L'arrangement des sexes*, Paris : La dispute.
Gollac M, Volkoff S (1996), Citius, altius, fortius, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 114, pp. 54-67.
Gollac M, Volkoff S (2000), *Les conditions de travail*, Paris : Editions La Découverte.
Gollac M, Volkoff S (2002), La mise au tavail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières, *Travail, genre et sociétés*, n° 8, pp. 25-53.
Gómez C, Prieto C (1998), Testigas de cargo. Mujeres y relación salarial hoy, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 12, pp. 147-167.
Gonon O (2003), Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français, *Pistes*, vol. 5, n° 1.
Gordon B (1993), Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième République : la victoire des allumettiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire, *Le Mouvement Social*, n° 164, juillet-septembre 1993, pp. 77-93.
Goudswaard A, Andries, F (2002), *Employment status and working conditions*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Gouzévitch A et I (2000), La voie russe d'accès des femmes aux professions intellectuelles, scientifiques et techniques (1850-1920), *Travail, genre et sociétés*, n° 4, pp. 55-75.
Green NL (1998), *Du Sentier à la 7e Avenue. La confection et les immigrés Paris-New York 1880-1980*, Paris : Seuil.
Greenan N, Hamon-Cholet S (2000), Les salariés industriels face aux changements organisationnels en 1997, *Premières Synthèse*s, 2000.03 - N 09.3, Dares.
Greene G, Caldictt H (1999), *The woman who knew too much. Alice Stewart and the secret of radiation*, Chicago : University of Michigan Press.

Grenier-Pezé M (2000), Forclusion du féminin dans l'organisation du travail : un harcèlement de genre, *Les Cahiers du Genre*, n° 29, pp. 37-52.
Grenier-Pezé M (2001), Contrainte par corps : le harcèlement moral, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 5, pp. 29-41.
Grieco A, Bertazzi PA (ed.) (1997), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Milan : FrancoAngeli.
Griffin J, Fuhrer R, Stansfeld S, Marmot M (2002), The importance of low control at work and home on depression and anxiety : do these effects vary by gender and social class ?**,** *Social Science & Medicine,* vol. 54, n° 5, pp. 783-798.
Guallar-Castillón P *et al.* (2001), La distribución geográfica de la razón varón/mujer de la mortalidad cardiovascular en España, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 4, pp. 296-302.
Guariello F (2002), Egalité professionnelle en Italie : cadre juridique et mobilisation des acteurs, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 7, pp. 59-81.
Gubin E (1990), Femmes, travail, protection. Le débat au XIXe siècle, *Les Cahiers marxistes*, n° 172, pp. 41-49.
Guerreiro M, Lourenço V (2000), *Bonnes pratiques de conciliation de la vie professionnelle et vie familiale : guide destiné aux entreprises*, Lisbonne : Commission pour l'Egalité dans le Travail et l'Emploi, DEPP, CIDES.
Gunnarsdottir HK, Rafnsson V (ed.) (1999), Women's Health : Occupation, Cancer and Reproduction*, American Journal of Industrial Medicine*, vol. 36, n° 1 (numéro thématique).
Gustafsson R-A, Szebehely M (2001), Women's health and changes in care for the elderly, *in* : Östlin P *et alii*, *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Boston : Harvard School of Public Health.
Hall L (1997), "I have never met the normal woman", Stella Browne and the politics of womanhood, *Women's History Review*, vol. 6, n° 2, pp. 157-182.
Hall L (2000), *Sex, Gender and Social Change in Britain Since 1880*, Londres : Macmillan.
Hämäläinen RM *et alii* (2001), *Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland,* Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
Härenstam A, Aronsson G, Hammarström A (2001), The future of gender inequalities in health, *in* : Östlin P *et al.*, *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Boston : Harvard School of Public Health.
Härenstam A, Bejerot E (2001), Combining professional work with family responsabilities – a burden or a blessing ?, *International Journal of Social Welfare*, vol. 10, n° 3.
Harrisson D, Legendre C (dir.) (2002), *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
HCSP (Haut Comité de la Santé Publique) (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes, éditions ENSP.
HCSP (Haut Comité de la Santé Publique) (2002), *La santé en France 2002*, Paris : HCSP, (texte intégral sur le site : http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil).
Hearn J, Parkin PW (1987), *Sex' at 'Work' : The Power and Paradox of Organization Sexuality,* New York : St Martin's Press.
Heiskanen T, Rantalaiho L (1997), Persistance and Change of Gendered Practices, *in* : Rantalaiho L, Heiskanen T (eds), *Gendered Practices in Working Life*, Macmillan Press Ltd.
Hemström Ö (1999), Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women : a time-series analysis, 1945–1992, *Social Science & Medicine,* vol. 48, n° 12, pp. 1759-1777.
Hepler A (2000), *Women in Labor. Mothers, medicine and occupational health in the United States 1890-1980,* Columbus : Ohio State University Press.
Herranz Gómez Y, Mujeres dominicanas en el servicio doméstico de Pozuelo-Aravaca, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 10, pp. 75-101.
Heslop P, Smith GD, Macleod J, Hart C (2001), The socioeconomic position of employed women, risk factors and mortality, *Social Science & Medicine*, vol. 53, n° 4, pp. 477-485.
Hilfinger Messias DK *et al.* (1997), Defining and Redefining Work : Implications for Women's Health, *Gender and Society*, vol. 11, n° 3., pp. 296-323.

Hirata H, Kergoat D (1988), Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail, *in* : Dejours C (dir.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, AOCIP, Tome II, pp. 131-176.
Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D (2000), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : PUF.
Hirata H, Senotier D (dir.) (1996), *Femmes et partage du travail*, Paris : Syros.
HSE (Health and Safety Executive) (1999), *The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995-96*, s.l. : HSE books.
HSE (Health and Safety Executive) (2001), *Health and safety : statistics 2000-2001*, s.l. : HSE books.
Huez D (coord.) (1994), *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris : Ed. Syros.
Hulshof C, van der Laan G, Braam T, Verbeek J (2002), The fate of Mrs Robinson : criteria for recognition of whole-body vibration injury as an occupational disease, *Journal of Sound and Vibration*, vol. 253(1), pp. 185-194.
Inhorn M, Whittle K (2001), Feminism meets the "new" epidemiologies : toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health**,** *Social Science & Medicine,* vol. 53, n° 5, pp. 553-567.
INRS (2003), *Science, expertise et société. Actes du colloque de l'INRS. Institut Pasteur, 19 novembre 2002,* Paris : INRS.
Inserm (1999), *Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ?,* Paris : Editions de l'INSERM.
Inserm (2000), *Les Inégalités sociales de santé,* Paris : Editions La Découverte.
Junter-Loiseau A (1999), "La notion de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale", *Cahiers du Genre,* n° 24, pp. 73-98.
Instituto de la Mujer, *Las mujeres en cifras*, données basées sur l'enquête "Usos del tiempo", (http://www.mtas.es/mujer/mcifras/).
INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral) (2000), *I Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo de las Mujeres de Navarra – 1997. Salud y Riesgos Laborales percibidos.* Pamplona : Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral) (2002), *Lesiones profesionales en Navarra. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales,* Pamplona : Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
INSL-INM (Instituto Navarro de Salud Laboral - Instituto Navarro de la Mujer) (1999), *Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo de las Mujeres de Navarra – 1997*, Pamplona : Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
IPL (Istituto per il Lavoro) (2001), *Salute e sicurezza in Emilia Romagna*, FrancoAngeli, Milan.
Irgens A, Krüger K, Skorve A, Irgens L (1998), Reproductive outcome in offspring of parents occupationally exposed to lead in Norway, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, pp. 431-437.
Islam S *et al.* (2001), Gender differences in work-remated injury/illness : An analysis of workers'compensation claims, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 39, pp. 84-91.
Jepsen M, Meulders D, Terraz I (1999), Les femmes à temps partiel : un nouveau risque de pauvreté en Belgique, *Travail, genre et sociétés*, n° 1, pp. 71-85.
Jepsen M, Meulders D (2002), L'individualisation des droits dans les systèmes de protection sociale, *in* : Sarfati H, Bonoli G, *Mutations du marché du travail et protection sociale dans une perspective internationale. Voies parallèles ou convergente*, Berne : Peter Lang, pp. 131-153.
Johansson E, Hamberg K, Westman G, Lindgren G (1999), The meanings of pain : an exploration of women's descriptions of symptoms, *Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 12, pp. 1791-1802.
Jones J, Huxtable C, Hodgson J (2001), *Self-reported work-related illness in 1998/99. Results from EUROSTAT ill-health module in the 1999 Labour Force Survey summer quarter,* Merseyside : National Statistics.
Josephson M *et al.* (1999), Differences in the association between psychosocial work conditions and physical work oad in female- and male dominated occupations, *American Industrial Hygiene Association Journal*, vol. 60, pp. 673-678.
Kandolin I (1997), *Gender, Worklife and Family Responsabilities in Finland and Estonia - effects on economic and mental well-being*, Helsinki : Finnish Institute of Occupational Health.

Karagiorgeou A, Jensen PL, Walters D, Wilthagen T (2000), Risk assessment in four member States of the European Union, *in* : Frick K, Jensen PL, Quinlan M, Karjalainen A, Virtanen S (1999), *European Statistics on Occupational Diseases. Evaluation of the 1995 Pilot Data*, Luxembourg : Eurostat.
Karjalainen A, Virtanen S (1999), *European Statistics on Occupational Diseases. Evaluation of the 1995 Pilot Data*, Luxembourg : Eurostat.
Kauppinen-Toropainen K (ed) (1993), *Panel group on Women, work and health. National report : Finland*, Helsinki : ministère des Affaires sociales et de la santé.
Kauppinen K, Kandolin I (1998), *Gender and Working Conditions in the European Union*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Kempe J (ed) (2001), *Men's viewpoints on gender equality*, Helsinki : The Council for Equality.
Kergoat D (ed.) (1992), *Les infirmières et leur coordination,* Paris : Lamarre.
Kerr C *et al.* (1996), *Best estimate of the magnitude of health effects of occupational exposure to hazardous substances*, Sydney : Worksafe Australia.
Khlat M, Sermet C, Le Pape A, Women's health in relation with their family and work role : France in the early 1990s, *Social Science and Medicine*, vol. 30, pp. 1807-1825.
Kilborn A, Messing K, Thorbjörnsson B (eds.) (1998), *Women's Health at Work*, Stockholm : NIWL.
Kirby P (1998), *No more "men only" health and safety*, Londres : TUC.
Kliemt G (1995), *Arbeitsplätze mit Gefahrstoffbelastung und hohem Frauenanteil*, BAuA.
Knibielher Y (1991), Corps et cœurs, *in* : Fraisse G, Perrot M, *Histoire des femmes. Le XIXe siècle,* Paris : Plon, pp. 351-387.
Kome P (1998), *Wounded Workers. The Politics of Musculoskeletal Injuries*, Toronto : University of Toronto Press.
Krasas Rogers J, Henson K (1997), "Hey, Why Don't You Wear a Shorter Skirt ?" : Structural Vulnerability and the Organization of Sexual Harassment in Temporary Clerical Employment, *Gender and Society*, vol. 11, n° 2, pp. 215-237.
Kraut A (1994), Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational exposure in Canada, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 25, pp. 423-432.
Lagasse *et al.* R (2001), *European situation of the routine medical data collection and their utilisation for health monitoring,* Bruxelles : Euro-Med-Data Project.
Lagerlöf E (ed) (1993), *Women, work and health : synthesis report of a panel of experts*, Paris : OCDE.
Lallement M (2000), En poste à temps partiel, *Travail, genre et sociétés*, n° 4, pp. 135-155.
Lammi-Taskula J (2001), *Good practices : experiencies in Finland*, papier présenté à la conférence "Family-Work Reconciliation and Good Practice in the Enterprises", 21-22 Juin 2001, Bologne, Italie.
Landrigan P (1995), Occupational Disease : addressing the problem of underdiagnosis, *New Solutions*, vol. 5, n° 4, pp. 85-91.
La Parra D (2001), Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 6, pp. 498-505.
Lax M (1996), Occupational Disease : addressing the problem of underdiagnosis, *New Solutions*, vol. 6, n° 4, pp. 81-93.
Lax M (1998), Workers and Occupational Safety and Health Professionals : Developing the Relationship, *New Solutions*, vol. 8, n° 1, pp. 99-116.
Lax M (2000), The fetish of objective finding, *New Solutions*, vol. 10, n° 3, pp. 237-256.
Lax M (2002), Occupational Medicine : Toward a Worker/Patient Empowerment Approach to Occupational Illness, *International Journal of Health Services*, vol. 32, n° 3, pp. 515-549.
Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T (eds) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Inserm-La Découverte.
Lecomte A (1995), Le système "hors liste" des maladies à caractère professionnel : un sytème ouvert ?, *L'Année sociale.*

Legault MJ (2001), Violence auprès des femmes dans les secteurs d'emploi non traditionnellement féminins et indemnisation, *Pistes*, vol. 3, n° 1.
Lehto A-M (1998), "Time Pressure as a Stress Factor", *Society and Leisure/Loisir et Société*, vol. 21, n° 2, pp. 491-511.
Lehto A-M, Sutela H (1999-a), *Gender Equality in Working Life*, Helsinki : Statistics Finland, Labour Market 1999 : 2.
Lehto A-M, Sutela H (1999-b), *Efficient, More Efficient, Exhausted. Findings of Finnish Quality of Work Life Surveys 1977-1997*, Helsinki : Statistics Finland, Labour Market 1999 : 8.
Lehto A-M (2001), The case of Finland, *in* : Behning U, Serrano A (eds), *Gender mainstreaming in the European employment strategy*, Bruxelles : ETUI.
Leigh JP *et al.* (1997), Occupational injury and illness in the United States. Estimates of costs, morbidity, and mortality, *Archives of Internal Medicine*, vol. 157(14) :1557-1568.
Leito-Arjas P *et al.* (1999), Predictors and consequences of unemployment among construction workers : prospective cohort study, *British Medical Journal*, vol. 319, pp. 600-605.
Leonard M (2001), Old wine in new bottles ? Women working inside and outside the household, *Women's Studies International Forum*, vol. 24, n° 1, pp. 67-78.
Leonard R (1998), *Le travail et le temps. Le travail en horaires atypiques*, Bruxelles : Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail.
Limou S (2003), *La directive communautaire relative à la conception des machines*, Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg.
Lippel K (1998), Preventive reassignment of pregnant or breast-feeding workers : the Quebec Model, *New Solutions*, vol. 8, n° 2, pp. 267-280.
Lippel K (2003), Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec : systemic discrimination against women workers, *International Journal of Health Services*, vol. 33, n° 2, pp. 253-281.
Louis MV (1983), La lutte des femmes de Bekaert-Cockerill, *Les Cahiers du GRIF*, n° 27, pp. 9-78.
Louis MV (1994), *Le droit de cuissage : France 1860-1930*, Paris : Editions de l'Atelier.
Ludermir AB (2000), Inserção produtiva, gênero e saúde mental, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, n° 3, pp. 647-659.
Macedo B (1993), *En tissant voiles et linceuls. Le rapport travail-santé des ouvrières de Rio Tinto (Nordeste Brésil) : une analyse en termes de rapports sociaux de classes et de sexes. 1924-1991*, Thèse de doctorat en sociologie du travail (Université Paris 7), Paris.
McGlynn C (2000), Ideologies of Motherhood in European Community Sex Equality Law, *European Law Journal*, vol. 6, n° 1, pp. 29-44.
Macmillan R, Gartner R (1999), Family Violence. When She Brings Home the Bacon : Labor-Force Participation and the Risk of Spousal Violence against Women, *Journal of Marriage and the Family*, vol. 61, n° 4, pp. 947-958.
Majnoni d'Intignano B (1999), *Egalité entre femmes et hommes : aspects économiques*, Paris : La Documentation Française.
Marklund S (ed.) (2001), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm : Swedish Work Environment Authority – Arbetslivsinsitutet.
Marmot M, Wilkinson R (ed.) (1997), *Social determinants of health*. New York : Oxford University Press.
Marquié J C, Paumès D, Volkoff S (1995), *Le travail au fil de l'âge*, Toulouse : Octares.
Martin Cl. (2001), Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes *Travail, Genre et Sociétés,* n° 6.
Martínez MA (2001), Diferencias de género en salud laboral, Trabajadora, n° 2, pp. 24-25.
Martínez MA, Moreno Jiménez G (2001), *Salud laboral : diferencia de género*, s.l. : Federación Comunicación y Transporte-Comisiones Obreras.
Martinez Veiga U (1997), *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*, Madrid : Editorial Trotta.
Marquié JC, Paumès D, Volkoff S (dir.) (1995), *Le travail au fil de l'âge*, Toulouse : Octares.

Marquis JF (2002), Histoire et actualité de la division sexuée du travail. Fabriquer les inégalités, *A l'encontre*, n° 9-2002, pp. 19-23.
Maruani M (dir.) (1998), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris : La découverte-Mage.
Maruani M, Rogerat Ch, Torns T (ed.) (2000), *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado del trabajo*, Barcelone : Icaria.
Maruani M (1996), L'emploi féminin à l'ombre du chômage, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 115, pp. 48-57.
Maruani M (2002), *Les mécomptes du chômage*, Paris : Bayard.
Maruani M (2003), Plus de salariés pauvres que de chômeurs en France. Ravages cachés du sous-emploi, *Le Monde Diplomatique*, juin 2003, pp. 4-5.
Marx Ferree M, Roth S (1998), Gender, Class, and the Interaction between Social Movements : A Strike of West Berlin Day Care Workers, *Gender and Society*, vol. 12, n° 6, pp. 626-648.
Massai G (2002), Dalla percezione del rischio alla tutela della salute di genere, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 58-61.
Matthews S, Manor O, Power C (1999), Social inequalities in health : are there gender differences ?, *Social Science & Medicine,* vol. 48, n° 1, pp. 49-60.
Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C (1998), Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health, *Social Science & Medicine*, vol. 46, n° 11, pp. 1417-1424.
Mead H, Witkowski K, Gault B, Hartmann H (2001), The influence of income, education, and work status on women's well being, *Women's Health Issues,* vol. 11, n° 3, pp. 160-172.
Méda D (2001), *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*, Paris : Flammarion.
Meilland Chr (2001), La différentiation sexuée et sociétale du temps de travail en Europe, *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 54.
Menicucci E, Scavone L (coord.) (1997), *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiâna : AB Editora.
Merllié D, Paoli P (2001), *Third European survey on working conditions 2000*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
MES (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) (1999), Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail. Sumer 1994, *Les dossiers de la DARES*, n° 5-6.
MES (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) (2001), L'utilisation de l'informatique et des nouvelles technologies par les salariés. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998 et des enquêtes sur les techniques et l'organisation du travail en 1987 et 1993, *Les dossiers de la DARES*, n° 1.
Messing K (ed.) (1991), *La santé et la sécurité des travailleuses canadiennes : un document de référence,* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Service.
Messing K (1995), *Quand le travail léger pèse lourd : vers une nouvelle approche en prévention dans les emplois des femmes*, Montréal : CINBIOSE.
Messing K (1998-a), *One-eyed science : occupational health and women workers*, Philadelphia : Temple University Press.
Messing K (1998-b), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle* ?, Montréal-Toulouse : Ed. du remue-ménage-Octares.
Messing K (1999-a) (dir.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, BTS.
Messing K (1999-b), La pertinence de tenir compte du sexe des "opérateurs" dans les études ergonomiques : Bilan de recherches, *Pistes*, vol. 1, n° 1.
Messing K (2003), Desegregation and occupational health : how male and female attendants collaborate on work tasks requiring physical efforts, *Policy and practice in health and safety*, vol. 1, n° 1, pp. 83-104.
Messing K, Haentjens Ch, Doniol-Shaw, G (1992), L'invisible nécessaire : l'activité de nettoyage des toilettes sur les trains de voyageurs en gare, *Le Travail humain*, 55, n° 4 (1992), pp. 353-370.
Messing K, Neis B, Dumais L (1995), *Invisible. La santé des travailleuses*, Charlottetown : Ed. Gynergy Books.
Messing K, Escalona E, Seifert A-M (1996), *La minute de 120 secondes : analyse du travail des enseignantes de l'école primaire,* Montréal : CINBIOSE, CEQ.

MET (Ministère fédéral de l'Emploi et du Travail) (2001), *Hommes et femmes à l'aube du XXIème siècle. Un manuel d'utilisation des statistiques sous l'angle du genre*, Bruxelles.
Michaud F, Bardot F (2002), Inégalités sociales : des femmes, *Les Cahiers Santé et Médecine du Travail*, n° 17, pp. 39-42.
Molinier P (1997), "Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité", *in :* Appay B, Thébaud-Mony A (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, CNRS-IRESCO, pp. 285-292.
Molinier P (2000), Travail et compassion dans le monde hospitalier, *Les Cahiers du Genre,* n° 28, pp. 49-70.
Molinier P (2000), Virilité défensive, masculinité créatrice, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 3, pp. 25-44.
Montanari E (1999), *L'usura del lavoro nell'economia di fine secolo. Inchiesta sulle condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori bresciani*, Brescia : CGIL-Camera del Lavoro.
Moss N (2002), Gender equity and socioeconomic inequality : a framework for the patterning of women's health, *Social Science & Medicine,* vol. 54, n° 5, pp. 649-661.
Moreno N (2001), *Doble presencia, salud y prevención*, polycopié, Pamplona.
MSZ (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) (2002), *Arbobalans 2002. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, La Haye : MSZ.
Navarro V (1989), Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither**,** *Social Science & Medicine*, vol. 28, n° 9, pp. 887-898.
Navarro V (2002*), The political economy of social inequalities : consequences for health and quality of life,* Amityville : Baywood Publishing Company.
Navarro V, Berman D (1982), *Health and Work under Capitalism. An International Perspective*, Farmingdale : Baywood Publishing Cy.
Navarro V, Shi L (2003), The political context of social inequalities and health**,** *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 3, pp. 481-491.
NCB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten) (2000), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2000*, Amsterdam : Coronel Instituut.
NCB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten) (2001), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2001*, Amsterdam, Coronel Instituut.
NCB (2002), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2002*, Amsterdam : Coronel Instituut.
New Solutions (1998), Special Issue : Science and social action, the contributions of Barry Commoner, vol. 8, n° 1.
Nichols T (1997), *The Sociology of Industrial Injury*, Londres : Mansell.
Nickell E (1994), Suède : la fin d'un modèle ? : Duggan P et Dashner H, Les femmes dans la nouvelle économlie mondiale, *Cahier d'étude et de recherche***,** n° 22, pp. 17-25.
Niedhammer I, Saurel-Cubizolles MJ, Piciotti M, Bonenfant S (2000), How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks ?, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 57, pp. 521-527.
NOHSC (National Occupational Health and Safety Commission) (2002), *Possible Applications of Disease Minimum Data Set To Future Activities Relating to Occupational Disease*, Canberra : NOHSC.
Norin H, Bengtsson B (2001), *Occupational Accidents and Work-Related Diseases in Sweden,* Stockholm : Swedish Work Environment Authority.
Nossent S *et alii* (1996), *European Working Environment in Figures. Availability and quality of occupational health and safety data in sixteen European countries*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Novo M, Hammarström A, Janlert U (2001), Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed ? A gendered comparison of young men and women during boom and recession, *Social Science & Medicine,* vol. 54, n° 8, pp. 1243-1254.
Nurminen M, Karjalainen A (2001), Epidemiologic estimates of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 27, n° 3, pp. 161-213.

Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2001), *Tableau de bord de la santé de la région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles.
Oddone I (2001), *La dispensa FLM del 1971 sull'ambiente di lavoro*, reproduite sur le site www.cgil.it/saluteesicurezza.
OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (1993), *UK Contribution to the report of the panel of national experts on Women, work and health*, Paris : OCDE.
Olgiati E, Shapiro G (2002), Promoting gender equality in the workplace, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Östlin P *et al*. (2001), *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective,* Boston : Harvard Center for Population and Development Studies.
Paige J (1999), *A women's work is never safe*, Londres : TUC.
Paoli P (1996), *Second European Survey on Working Conditions*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
Paoli P, Merllié D (2001), Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne, *Newsletter du BTS*, n° 15-16, pp. 25-30.
Parella Rubio S (2000), El trasvase de desigualdades de clase y etnia entre mujeres : los servicios de proximidad, *Papers*, n° 60, pp. 275-289, (http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n60.htm).
Pasarín MI, Borrel C, Plasència A (1999), ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?, *Gaceta Sanitaria*, vol. 13, n° 6, pp. 431-440.
PE (Parlement Européen) (2000), *Rapport sur le rapport de la Commission sur la transposition de la directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail*, (présenté par EM Damião), Document A5-0155/2000.
Pezé M (2002), *Le deuxième corps*, Paris : La dispute.
Perista H, Chagas Lopes M (1999), *A licença da paternidade, um direito novo para a promoção da igualdade,* Lisbonne : Ministério do trabalho e da Solidariedade.
Perista H (coord.) (1999), *Os usos do tempo e o valor do trabalho. Uma questão de género*, Lisbonne : Ministério do trabalho e da Solidariedade.
Pernas B, Román M, Olza J, Naredo M (2000), *La dignidad quebrada. Las raíces del acoso sexual en el trabajo*, Madrid : Los libros de la catarata.
Perreault M (1990), La différenciation sexuelle en matière de santé et sécurité du travail. Des conditions de travail différentes ou le sexe en cause ?, *in* : Chanlat J-Fr, *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Québec : Presse de l'Université de Laval, pp. 749-766.
Perrot M (1998), *Les femmes ou les silences de l'histoire*, Paris : Flammarion.
Peter JP (1980), Les médecins et les femmes : Aron JP, *Misérable et glorieuse, la femme du XIXe siècle,* Paris : Fayard, pp. 78-97.
Peruzzi M (2002), La tutela della salute riproduttiva, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 47-49.
Pezerat H (1985), Le plomb, un problème de santé publique, *in* : Cassou B *et al*., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris : La Découverte, pp. 321-324.
Picot G (1999), Le rapport entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : continuité et changements, *Cahiers du Genre,* n° 26, pp. 121-130.
Piette V (2001), Le travail domestique au XIXe siècle. Essai sur la domesticité 1789-1914, *Actes du colloque Etudes féministes en Belgique 1997-2000*, Bruxelles : Sophia, pp. 107-110.
Piirainen H *et alii* (2000), *Työ ja terveys – Haastattelututkimus v. 2000*. Helsinki : Taulukkoraporti, Työterveyslaitos.
Poal Marcet G (1995), Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales que inciden en la relación mujeres-mundo laboral, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 6, pp. 93-105.
Pochic S (2000), Comment retrouver sa place ? Chômage et vie familiale des cadres masculins, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 3, pp. 287-108.
Pollán M (2001), Cáncer de mama en mujeres y ocupación : revisión de la evidencia existente, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 4, supplément, pp. 3-22.
Pompili Pagliari M (1991), *Un'altra estate. Il lavoro delle donne nell'industria conserviera*, Rome : EDIESSE.
Ponting L (2002), The sad case of occupational health provision in Britain, *Health*

and Safety Bulletin, n° 311, août-septembre 2002, pp. 11-14
Prunier-Poulmaire S (2000), Flexibilité assistée par ordinateur, les caissières d'hypermarché, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 134.
Popay J, Williams G (1996), Public health research and lay knowledge, *Social Science & Medicine*, vol. 42, n° 5, pp. 759-768.
Popay J *et al.* (2003), Beyond 'beer, fags, egg and chips' ? Exploring lay understandings of social inequalities in health, *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n° 1, pp. 1-23.
Puglisi S (1977), La F.N., grève contre les conditions de travail, *Les cahiers du GRIF*, n° 16, pp. 79-86.
Queiros Mattoso K (1979), *Etre esclave au Brésil. XVIe-XIXe siècle*, Paris : Hachette.
Rebérioux M (1980), L'ouvrière, *in* : Aron JP, *Misérable et glorieuse la femme du XIXe siècle*, Paris : Fayard.
Recio A (1999), La segmentación del mercado de trabajo en España, *in* : Miguelez F, Prieto C, *Las relaciones de empleo en España*, Madrid : Siglo XXI, pp. 125-150.
Regidor E, Gutierrez-Fisac J, Domínguez V, Calle ME, Navarro P (2002), Comparing social inequalities in health in Spain : 1987 and 1995/97, *Social Science & Medicine,* vol. 54, n° 9, pp. 1323-1332.
Reid J, Ewan C, Lowy E (1991), Pilgrimage of pain : The illness experience of women with repetitive strain injury and the search of credibility, *Social Science and Medicine,* vol. 32, pp. 601-612.
Revelli M (1989), *Lavorare in FIAT. Da Valletta ad Agnelli a Romiti. Operai, sindacati, robot*, Milan : Garzanti.
Rheannon F (1996), One worker's experience with chemical sensitivity, *New Solutions*, vol. 6, n° 3, pp. 73-80.
Riechmann J, Fernández Buey F (1998), *Trabajar sin destruir. Trabajadores, sindicatos y ecologismo*, Madrid : Ed. HOAC.
Ringelberg JA, Koukoulaki Th (2002), *Risk estimation for musculoskeletal disorders in machinery design - integrating a user perspective*, Bruxelles : BTS.
Rocha L, Debert-Ribeiro M (2001), Trabalho, saúde e gênero : estudo comparativo sobre analistas de sistemas, *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, n° 6, pp. 539-547.
Rodríguez A (dir.) (1998), *Reoganización del trabajo y empleo de las mujeres*, Valence : Germania.
Rodríguez CA (1995), Seguridad y salud de la mujer trabajadora frente a la reconversión productiva y el cambio tecnológico, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 4, pp. 103-125.
Rohden F (2001), *Uma ciência da diferença : sexo e gênero na medicina da mulher*, Rio de Janeiro : Editora Fiocruz.
Rolhfs I (2003), Desigualtats de génre en la salut, *in* : Borrell C, Benach J (dir.), *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelone : Mediterrania, pp. 179-216.
Rolhfs I *et al.* (1997), Influencia del trabajo remunerado en el estadode salud percibido de las mujeres, *Medicina Clínica*, vol. 108, n° 15, pp. 566-571.
Rolhfs I *et al.* (2000), La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud, *Gaceta Sanitaria*, vol. 14, n° 2, pp. 146-155.
Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MdC (1999), Género, desigualdades y salud pública : conocimientos y desconocimientos, *Gaceta Sanitaria*, vol. 13, n° 3, pp. 201-207.
Rollins J (1985), *Between women. Domestics and their employers*, Philadelphie : Temple University Press.
Rosner D, Markovitz G (1991), *Deadly Dust. Silicosis and the politics of occupational disease in Twentieth-Century America,* Princeton, Princeton University Press.
Rotenberg L *et al.* (2001), Gênero e trabalho noturno : sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, n° 3, pp. 639-649.
Rowbotham S (1977), *Esclusa dalla storia. Trecento anni di lotte della donna per la sua liberazione*, Rome : Editori Riuniti.

Rubery J, Fagan C (1994), Fixation des salaires et ségrégation sexuelle dans l'emploi dans la Communauté Européenne, *Europe Sociale*, Supplément 4/1994.
Rubery J, Fagan C (1998), *Equal Opportunities and Employment in the European Union*, Vienne : Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, Federal Minister for Women's Affairs and Consumer Protection.
Ruspini E, Saraceno C (1999), Précarité des revenus, précarité des salaires : le cas des femmes en Italie, *Travail, Genre et Sociétés*, n° 1, pp. 87-118.
Sachse C (2000), Travail domestique et injustice : étude comparée dans les deux Allemagne après 1945, *Travail, genre et sociétés*, n° 4, pp. 123-134.
Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M (2000), Comparing health inequality in men and women : prospective study of mortality 1986-1996, *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1303-1307.
San Miguel del Hoyo B *et alii* (2000), *Zapatos de cristal. La mujer como protagonista en la industria valenciana del calzado*, Valencia : CC.OO.
Santana V *et al.* (2003), Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. *Revista de Saúde Pública*, vol. 37, n° 1, pp. 65-74.
Santé et Travail (1999), numéro thématique "Travailler et faire des enfants", n° 28, juillet.
Santé et Travail (2000), numéro thématique "Souffrances des femmes au travail", n° 31, avril.
Scattigno A (2002), Il rischio di una nuova marginalità. Il vissuto di giovani donne su tempi di vita e di lavoro, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 62-64.
Scavone L (2000), *Divisão sexual do trabalho e doenças profissionais,* rapport au IIIe Congrès de l'Association Latino-Américaine de Sociologie du Travail, Buenos-Aires, 17-20 mai 2000, (document en ligne : http://www.alast.org/PDF/Walter/Tec-Scavone.PDF).
Schiaffino A, Garcia M, Fernández E (2001), Autoría y presentación de resultados según género en cuatro revistas biomédicas españolas, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 3, pp. 251-254
Schweitzer S (2002), *Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes au XIXe et XXe siècles*, Paris : Ed. Odile Jacob.
Scott JW (1991), La travailleuse : Fraisse G, Perrot M. (ed.), *Histoire des femmes. Le XIXe siècle*, pp. 419-444, Paris : Plon.
Séculi E *et al.* (2001), Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, n° 3, pp. 5217-23.
Seifert H (1997), Conséquences d'une réduction massive du temps de travail sur la division sexuée du travail familial : le cas de Volkswagen, *Cahiers du Mage*, n° 2, 1997, pp. 81-91.
Sennett R (2001), *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Milan : Feltrinelli.
Silvera R (1999), Femmes et flexibilité du temps, *Mouvements*, n° 2, pp. 20-26.
Silvera R (2001), La estrategia de la perspectiva de género en las relaciones laborales de los países europeos, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 19, pp. 123-147.
SMT (Association santé et médecine du travail) (1998), *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris : La Découverte et Syros.
Soares A (dir.) (1997), *Stratégies de résistance et travail des femmes,* Paris : L'Harmattan.
Soares A (2000), Au coeur des services : les larmes au travail, *Pistes,* vol. 2, n° 2.
Soares A (2002), Le prix d'un sourire : travail, émotion et santé dans les services, *in* : Harrisson D, Legendre C, *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel,* Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
Steenland K *et al.* (2003), Dying for work : the magnitude of US mortality from selected causes of death associated with occupation, *American Journal of Industrial Medicine,* vol. 43, pp. 461-482.
St-Vincent M, Toulouse G, Bellemare M (2000), Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions, *Pistes*, vol. 2, n° 1.
Syndicalisme et Société, dossier : «L'intensité du travail aujourd'hui», vol. 2, n° 2, 1999 et vol. 3, n° 1, 2000.

Statistics Finland (2001), *Women and Men in Finland 2001*, Helsinki : Gender Statistics.
Statistics Sweden (1995), *Women and Men in Sweden : Facts and Figures 1995*, Stockholm : SCB.
Swerdlow A (2003), *Shift work and breast cancer : a critical review of the epidemiologiocal evidence*, Londres : HSE.
SzW (Ministère néerlandais du Travail et des Affaires sociales) (1999), *Occupational Health and Safey Balance Sheet 1999,* La Haye.
Taskinen H *et al.* (1999), *Risks to the reproductive health of working women*, Helsinki : Finnish Institute of Occupational Health.
Téllez A (2002), Trabajo, identidad y género : la puesta en juego de las representaciones ideológicas, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 20, n° 1, pp. 191-214.
Tempia A (1993), *Ricomporre i tempi. Tra orari di lavoro, convenzioni sociali ed esigenze indivuduali : la difficile costruzione dell'identità*, Rome : EDIESSE.
Thébaud-Mony A (1991), *La reconnaissance des maladies professionnelles. Acteurs et logiques sociales*, Paris : La Documentation française.
Thébaud-Mony A (1996), Le sexe de la santé ou la sélection selon le sexe par la santé au travail, *Cahiers du Mage*, n° 4, 1996, pp. 65-68.
Thébaud-Mony A (1998), Santé, travail, précarisation sociale et immigration, *Syndicalisme et société*, vol. 1, n° 0, janvier 1998, pp. 94-107.
Thébaud-Mony A (1999), Travail flexible et santé, *Mouvements*, n° 2, février 1999, pp. 34-36.
Thébaud-Mony A *et al.* (2003), Parcours-travail et cancers professionnels Recherche-action en Seine Saint Denis (France), *Pistes*, vol. 5, n° 1.
Torada R (2001), Salud laboral y género, *in* : Duran MA, Serra I, Torada R, *Mujer y trabajo. Problemática actual,* Valence : Editorial Germania, pp. 75-119.
Torns T (1995), Mercado de trabajo y desigualdades de género, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 6, pp. 81-92.
Torns T (1999), Las asalariadas. Un mercado con género : Miguelez F,. Prieto C, *Las relaciones de empleo en España*, Madrid : Siglo XXI, pp. 151-166.
Torns T (2001), Entre l'atur i el temps parcial : noves maneres per a una vella desigualtat, *Revista Catalana de Sociología,* vol. 15, pp. 27-40.
Tozzi GA (1999), Les troubles musculo-squelettiques en Europe : les syndicats en action, *Newsletter du BTS*, n° 11-12, pp. 12-22.
TUC (Trades Union Congress) (1999), *Putting back strain on the map. A TUC report on women's back strain at work for the National Back Care Week and National Health and Safey Week,* Londres : TUC.
UNISON (2001), *Women's health and safety. A guide for UNISON safery representatives,* Londres : UNISON.
Vaananen *et al.* (2003), Job characteristics, physical and psychological symptoms and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial, sector, *Social Science and Medicine,* n° 57, pp. 807-824.
van Deursen C, Houtman I, Bongers P (1999), Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim : verschillen tussen mannen en vrouwen, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, n° 77, pp. 105-115.
Valls-Lloret C (préf.) (1997), *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias - Congreso internacional "Mujeres, Trabajo, Salud", Barcelona, 1996*, Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Veikkola E-S (1998), *Gender Statistics in Finland*, Statistical Commission and Economic Commission for Europe Conference of European Statisticians, Working paper No. 10, Genève, avril 1998, (http://www.unece.org/stats/documents/1998/04/gender/10.e.html).
Veikkola E-S (2000), *Progression on the Compilation of Gender Statistics and Indicators in Finland,* Statistical Commission and Economic Commission for Europe, Conference of European Statisticians, Working paper No. 3, Orvieto, Octobre 2000.
Vendramin P, Valenduc G (1998), *Technologies et organisation flexible : des défis pour l'avenir de demain,* Namur : Col. Emerit, FTU.
Vezina M, Vinet A, Brisson C (1989), Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement, *Le Travail Humain*, vol. 52, pp. 203-212.

Vezzosi E (2002), Women in Labor, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 39-41.
Vilches Arribas MJ (1995), La acción positiva como instrumento para la igualdad de oportunidades, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 6, pp. 35-43.
Vinke H *et al.* (1999), *Vrouwen en reïntegratie. Onderzoek naar de verschillen tussen vrouwen en mannen bij WAO-intrede en reïntegratie*, Hoofdorp : TNO-arbeid.
Vogel L (1992), A propos d'une recherche italienne. Travail de nuit des femmes : et si les intéressées avaient voix au chapitre ?, *Travail*, n° 26, pp. 6-19.
Vogel L (1994), *L'organisation de la prévention sur les lieux de travail*, Bruxelles : BTS.
Vogel L (1995), El descubrimiento del síndrome de Ardystil : discurso médico y relaciones entre precarización y salud, *Sociología del Trabajo*, n° 23 (hiver 1994-1995), pp. 111-127.
Vogel L (1997), La transposition de la directive 92/85/CEE relative à la sécurité et à la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes, *Newsletter du BTS*, n° 6, pp. 8-13 (Ière partie) et n° 7, pp. 8-12 (IIe partie).
Vogel L (1999), Une contribution québécoise à un débat indispensable pour le mouvement syndical en Europe, *in* : Messing K, *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles : BTS.
Vogel L (2000), L'organisation du travail, enjeu décisif de la lutte, *Cahiers marxistes*, n° 218, pp. 195-202.
Vogel L (2001), De l'indemnisation à la prévention : ambiguïtés et impasses dans le régime juridique des maladies professionnelles en Europe, *in* : Actes du colloque organisé par la Faculté de Droit de Clermont-Ferrand "Améliorer la prise en charge des maladies professionnelles", numéro hors série de la *Revue juridique d'Auvergne,* pp. 73-100.
Vogel L (2002), Harcèlement moral et législation. Pour une approche collective intégrée dans les politiques de santé au travail, *Newsletter du BTS*, n° 19-20, pp. 23-29.
Vogel L (2003), Les services de prévention, dossier thématique, *Newsletter du BTS*, n° 21, pp. 19-41.
Vogel-Polsky E, Beauchesne MN (coord.) (2001), *Les politiques sociales ont-elles un sexe ?*, Bruxelles : Labor.
Volkoff S, Laville A, Molinié AF, Maillard MC (1993), Types de contraintes, types de parcours : le travail passé et actuel dans huit cohortes de salariés, *in* : *Actes du XXVIIIème Congrès de la SELF,* Genève, pp. 4-7.
Volkoff S, Rougerie C (1996), Une question de libertés ? Travail et santé des femmes et des hommes, *Cahiers du Mage*, n° 4, 1996, pp. 61-64.
Von Busch T, Frazier L, Sigler S, Molgaard C (2002), Feasibility of maternity protection in early pregnancy, *International Journal of Occupational and Environmental Health,* vol. 8, pp. 328-331.
Walby S (1995), Analyses sociologiques de la division sexuelle du travail, *Les cahiers du MAGE*, n° 3-4, pp. 115-123.
Walters V *et al.* (1996), Paid work, unpaid work and social support : A study of the health of male and female nurses, *Social Science & Medicine,* vol. 43, n° 11, pp. 1627-1636.
Walters V, McDonough P, Strohschein L (2002), The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health : an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey, *Social Science & Medicine,* vol. 54, n° 5, pp. 677-692.
Warning J (2000), *Werkdruk nieuw vakbondsthema. Voorbeelden van vakbondsinitiativen in de dienstensector*, Ed. Kerckebosch.
Weaver C *et al.* (1996), Perceptions of site worker training and job issues by women, minorities and white males, *New Solutions*, vol. 6, n° 3, pp. 59-67.
Webster J (1996), *Shaping Women's Work. Gender, Employment and Information Technology*, Londres-New York : Pearson Education.
Wedderburn A (2000), *Shiftwork and health. Numéro thématique de BEST. European studies on time*, n° 1, 2000.
Weiderpass E *et al.* (1999), Breast cancer and occupational exposures in women in Finland, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 36, n° 1, pp. 48-53.
Weindling P (ed.) (1985), *The Social History of Occupational Health*, London : Croom Helm.

Weinstock N (2001), *Terres promises. Avatars du mouvement ouvrier juif au-delà des mers autour de 1900. Etats-Unis, Canada, Argentine, Palestine*, Genève : Metropolis.
Welzer-Lang D (dir.) (2000), *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
Welzer-Lang D (2001), A construção do masculino : dominação das mulheres e homofobia, *Revista Estudos Feministas*, vol. 9, n° 2, pp. 460-482.
Whitehead M (1998), Diffusion of ideas on social inequalities in health : a European perspective, *The Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, pp. 469-492.
Wierink M (2000), Pays Bas. Temps de travail : le droit de choisir, *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 63.
Wierink M (2001), Le travail à temps partiel et la "combinaison" famille-emploi aux Pays Bas, *Revue de l'OFCE*, n° 77.
Williams GH (2003), The determinants of health : structure, context and agency, *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, pp. 131-154.
Wilthagen T (2000), *Systematic occupational health and safety management. Perspectives of an international development,* Amsterdam : Pergamon.
Zahm SH *et al.* (1994), Inclusion of women and minorities in occupational cancer epidemiologic research, *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, pp. 842-847.
Zamboni C (2002), La salute delle lavoratrici americane, *Salute e territorio*, n° 130, pp. 42-46.
Zambrano I, Rivera J (2000), Una misma demanda, dos tipos de respuesta. Trabajo renumerado y no renumerado en el cuidado de la salud, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 17, pp. 65-90.
Zinn H (2002), *Une histoire populaire des Etats-Unis. De 1492 à nos jours*, Marseille : Agone.