

DONES, SALUT I TREBALLS

COL·LECCIÓ ESTUDIS 88



Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya



Dones, salut i treballs



BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Dones, salut i treball. - (Col·lecció estudis ; 8) Bibliografia

ISBN 84-393-6908-5

I. Moreno Saenz, Neus II. Solé Gómez, M. Dolores, dir. III. Artazcoz Lazcano, Lucía

IV. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya V. Col·lecció: Col·lecció estudis (Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya); 8

1. Dones – Treball – Catalunya 2. Dones – Salut i higiene – Catalunya 3. Salut en el treball - Catalunya

331.45-055.2(467.1)

Ponent de l'estudi

Sra. Neus Moreno Saenz

Direcció de l'estudi

Dra. Dolors Solé Gómez

Autores

Sra. Lucía Artazcoz Lazcano

Sra. Núria Laseca Guardiola

Dra. Dolors Solé Gómez

Sra. Sofia Vega Martínez

© Generalitat de Catalunya
Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya
Diputació, 284
08009 Barcelona
Tel. 93 270 17 80
Adreça a Internet: www.ctescat.net
A/e: ctescat@gencat.net

ISBN: 84-393-6908-5
Barcelona, novembre de 2005
Disseny Gràfic: IMF
Impressió: Supergraf, S.A.

D.L.: B-49692-2005



ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	5
PART A	
DONES, SALUT I TREBALLS	7
1. La dona en el mercat de treball	8
1.1 Introducció	8
1.2 Objectius	11
1.3 Determinants socioeconòmics	12
1.4 Característiques de la població activa	15
1.5 Característiques de la població ocupada	20
1.6 Anàlisi de la població aturada	25
1.7 Temps de treball segons el gènere	28
1.8 Discriminació salarial	30
1.9 Col·lectius especials	33
La dona immigrant i el mercat de treball	33
La dona amb discapacitat i el mercat de treball	34
La dona en el món rural	35
2. La salut de la dona	36
2.1 Introducció	36
2.2 Estat de salut de les dones catalanes	38
2.3 Condicions de treball i diferències de gènere en salut laboral	40
2.4 Els riscos laborals des d'una perspectiva de gènere	44
2.5 Sinistralitat laboral i gènere	47
3. Condicions de vida i de treball	56
3.1 Introducció	56
3.2 L'enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (ESCA02)	58
3.3 Les condicions de treball en els sectors feminitzats	83
3.4 Serveis d'ajuda a la família	87
3.5 Assetjament sexual	87
3.6 La doble presència	91

PART B	
GÈNERE, POLÍTIQUES I ESTRATÈGIES DE SEGURETAT I SALUT EN EL TREBALL	93
1. Normativa i estratègia de prevenció de riscos laborals	94
2. Altra normativa i estratègies rellevants	98
2.1 La negociació col·lectiva	98
2.2 La conciliació de la vida laboral amb la familiar	101
2.3 La promoció de la salut en el treball	106
2.4 Les malalties professionals i els accidents de treball	112
2.5 Foment del treball i de la formació	115
2.5.1 Algunes dades	117
2.6 Polítiques d'igualtat	119
2.7 Polítiques de salut pública	122
3. L'actuació dels organismes públics rellevants en el temes de gènere, salut i prevenció de riscos laborals	123
3.1 Inspecció de Treball i Seguretat Social	124
3.2 Departament de Treball i Indústria	127
3.3 Departament de Salut	128
4. La sensibilitat de gènere en les eines i mètodes d'intervenció en la prevenció de riscos laborals	129
4.1 Eines i mètodes generals	131
4.2 Eines i mètodes específics	132
5. Recursos per a la recerca i les intervencions en salut laboral	134
5.1 Les prioritats en recerca des d'una perspectiva de gènere	136
5.2 Les convocatòries de beques i d'ajudes des d'una perspectiva de gènere	137



PART C	
CONCLUSIONS I RECOMANACIONS	141
1. Conclusions	142
1.1 Conclusions generals	142
1.2 Dona, salut i treball	142
1.3 Gènere, polítiques i estratègies de seguretat i salut en el treball	144
2. Recomanacions per a l'acció	147
2.1 Sensibilització i conscienciació dels agents rellevants	148
2.2 Millora del coneixement	148
2.3 Polítiques, estratègies i programes relacionats	150
2.4 Suport a les intervencions i a la recerca	152
2.5 Seguiment i control	153
BIBLIOGRAFIA	155
GLOSSARI	163





INTRODUCCIÓ

La participació creixent i imparable de les dones en l'anomenada població activa fa que es plantegin, cada cop més, preguntes com: quin és l'impacte sobre la seva salut d'aquesta incorporació en el món laboral? Hi ha diferències entre ambdós sexes en les condicions de vida i de treball? Les polítiques i estratègies de salut laboral beneficien de forma igual homes i dones?

Aquest informe vol respondre a aquests i altres aspectes relacionats per tal aprofundir en la integració de la dimensió de "gènere" en les polítiques i estratègies de salut laboral al nostre país. Està adreçat a tots els agents rellevants en el món del treball i específicament als de prevenció de riscos laborals a Catalunya: Administració, associacions d'empresaris, sindicats, associacions professionals, serveis de prevenció i experts que, en major o menor grau, han de prendre decisions i formular polítiques, estratègies i programes de salut laboral.

Les redactores s'han basat en informació actualment a l'abast sobre la qüestió d'interès i han procedit a una anàlisi i un comentari crític dels plans i les polítiques relacionats. En els casos en què no es trobaven dades d'àmbit de Catalunya s'ha recorregut a l'àmbit espanyol.

La recollida i l'anàlisi de les referències i els coneixements s'ha fet sobre la base del model proposat per l'*Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball*, en el seu informe *Gender issues in safety and health at work: A review*, que pren com a factors determinants de salut en la dona treballadora les condicions de vida i de treball, els factors individuals i estils de vida, l'organització i les polítiques i estratègies de seguretat i salut en el treball.

Les recomanacions tenen com a referent el model europeu de gestió de la salut en el lloc de treball, desenvolupat per la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball basat en el model EFQM i en les àrees d'acció identificades en la Carta d'Ottawa, que són:

- Formulació de polítiques públiques que promouen la salut;
- Creació d'ambients favorables, de suport, tant en les seves dimensions físiques i naturals com socials;
- Reforç de l'acció comunitària en les accions de promoció de la salut;
- Desenvolupament d'habilitats personals;
- Reorientació del serveis de salut.

La primera part de l'informe descriu, amb l'ajut de les bases de dades accessibles al públic en general i les disponibles al CTESC, la participació de la dona en el mercat laboral, la seva salut i els seus estils de vida, les condicions de vida i de treball a què està sotmesa i l'accés al sistema de prevenció de riscos laborals segons la seva situació laboral.

La segona part de l'informe és més una reflexió sobre les polítiques i estratègies en seguretat i salut en el treball i el seu impacte sobre la igualtat d'oportunitats i la salut i el benestar de la dona treballadora.

La part final es dedica a resumir les conclusions derivades de les dades recollides i a fer unes propostes d'actuació per als diferents agents implicats.

Com a recursos complementaris s'hi afegeix una bibliografia que consta de les citacions fetes en els diferents capítols, tant a peu de pàgina com entre claudàtors, així com un glossari amb els termes relacionats amb el tema tractat.

Barcelona, desembre 2004

PART A

Dones, salut i treballs

I. LA DONA EN EL MERCAT DE TREBALL

I.1 INTRODUCCIÓ

Malgrat l'extraordinari augment produït durant els últims anys en la incorporació de les dones al mercat de treball, persisteixen les desigualtats laborals relacionades amb l'accés i la promoció laboral entre homes i dones. La visió androcèntrica, i per tant la invisibilitat de les dones, és un fet que es palesa en els diferents estudis de gènere realitzats al llarg dels últims anys.

La majoria de les teories laborals contenen una visió de les dones com a no treballadores o treballadores secundàries, en el sentit que el seu itinerari laboral no respon al prototip del treballador masculí basat en el model d'home proveïdor d'ingressos - dona mestressa de casa^[1]. Aquesta divisió sexual del treball, així com la seva jerarquització social, han condicionat radicalment la forma com les dones s'han incorporat al mercat de treball.

La situació actual no es deu només a la manca de reconeixement de les relacions de gènere en l'estructuració dels diferents segments que configuren el mercat de treball, sinó també a la manera com s'identifiquen i s'interpreten des del punt de vista estadístic determinats indicadors, que no fan més que contribuir a perpetuar un model laboral basat en el treball remunerat.

El sistema laboral actual articula el treball, a partir de la separació entre dos àmbits d'activitat i de relació social: l'esfera pública, lligada a la producció, i l'esfera privada, lligada fonamentalment a la reproducció. La divisió sexual del treball en l'àmbit domèstic es trasllada, d'aquesta manera, a la divisió sexual del treball en el mercat laboral.

La falta de proporcionalitat en el repartiment del treball domèstic implica també que l'accés a l'ocupació suposa un augment de la càrrega de treball global per a les dones, en sumar el treball domèstic i el remunerat.

L'esquema laboral actual suggereix que la població treballadora no requereix ningú que en tingui cura quan s'és menor d'edat, o bé quan es retira del mercat (temporalment o definitivament), i presumeix que quan una persona té una ocupació pot satisfer totes les seves necessitats gràcies al seu salari. No obstant això, en la vida real cal una gran quantitat de treball familiar domèstic per assegurar la reproducció de la força de treball¹ i de tota la societat en conjunt.

¹ Total de persones ocupades i desocupades.



Són les dones les que majoritàriament duen a terme aquest tipus de tasques, però els models laborals tendeixen a excloure el treball familiar domèstic i a obviar les relacions de gènere que hi ha darrere de l'organització i el funcionament del mercat de treball.

Per tant, és necessari integrar els aspectes productius i reproductius per fer visibles les desigualtats i diferències de gènere en què es basa el funcionament de la societat en general i del mercat de treball en particular.

Un altre factor a tenir en compte, tal com esmentàvem abans, és la manca de perspectiva de gènere que presenten les diferents fonts d'informació, siguin estadístiques o administratives.

La majoria de fonts d'informació estadístiques tendeixen a considerar que treballadors i treballadores participen en el mercat de treball en condicions econòmiques semblants. Les fonts estadístiques reflecteixen una concepció del treball parcial, ja que es basen exclusivament en el treball remunerat. Hi ha una tendència manifesta a identificar "treball" amb "ocupació". Les categories que informen sobre l'ocupació, l'activitat, la inactivitat i l'atur es basen en un model de relació amb el mercat laboral que respon a una òptica d'ocupació masculina. La valoració per separat de les dades d'ocupació i les referents al treball domèstic impedeixen observar les fortes interrelacions entre l'ocupació i el treball familiar.

Una de les fonts més utilitzades és l'Enquesta de Població Activa (EPA) que es duu a terme des de 1964 mitjançant una mostra contínua dirigida als habitatges familiars. Té com a objectiu conèixer la situació de la població en edat de treballar (majors de 16 anys) en relació amb el mercat de treball (inactius, actius, ocupats, desocupats...).

Si analitzem l'EPA, les dones dedicades al treball de la reproducció no formen part de la població activa i dels grups professionals, sinó que són comptabilitzades entre la població inactiva dependent².

Les categories poblacionals de l'EPA van ser elaborades a partir d'un model d'ocupació masculina, segons el qual el treballador assalariat oferia la seva força de treball des del

² Aquest fet té un antecedent històric i és que, a mesura que va progressar l'ocupació de tipus industrial, es va constatar la inclinació dels censos cap a les dades d'ocupació remunerada, amb la qual cosa es contribuï a identificar el "treball" amb l'ocupació remunerada masculina. Més endavant, als anys cinquanta, tant en els censos com en l'Enquesta de població activa (EPA), l'expressió "sus labores" figurava en registres, sol·licituds oficials i censos, a la casella destinada a la professió (Garcia Sainz 1998).

principi de la seva vida activa (a partir dels 16 anys) fins que abandonava el mercat (per jubilació). Aquest podia veure's sotmès a breus períodes d'atur i no feia treballs domèstics que condicionessin la seva participació en el mercat.

Per l'EPA, l'única activitat econòmica rellevant és l'ocupació, mentre que el treball familiar i domèstic no té cap caràcter econòmic. Les definicions d'activitat i treball s'associen amb l'ocupació masculina i, per tant, no permeten valorar el temps de treball individual i social, que es reparteix entre l'ocupació i el treball familiar domèstic.

Tal com assenyala Recio^[2], “la consideració del treball reproductiu com a no-treball no sols és errònia sinó també socialment injusta (ja que iguala com a no treballadores persones, especialment dones, amb una àmplia jornada de treball útil, amb d'altres que no aporten cap activitat laboral a la societat)”.

Tanmateix, les modificacions conceptuals i metodològiques produïdes en els últims anys no han millorat la situació; tot al contrari, han augmentat encara més les diferències de gènere.

Des de l'any 2002, regeix una nova definició d'atur, que requereix determinar el que es considera recerca activa de feina. La nova definició afecta especialment la quantificació de l'atur femení, ja que es consideren desocupades les persones que busquen ocupació mitjançant el registre al SPEE (Servicio Público Estatal de Empleo), mentre que les persones que declaren estar disponibles per a una ocupació, però que no la busquen per raons familiars, no es consideren com a aturades ni com a potencialment actives. Comparant les dades entre l'antiga (2001) i la nova definició, les diferències més grans es registren entre les dones, que suposen quasi dos terços del total de persones i que la nova definició exclou de la situació d'atur.

Pel que fa al concepte de l'EPA sobre l'ocupació i la desocupació, des d'una perspectiva de gènere resulta arbitrari considerar una persona ocupada quan només treballa una hora en el mercat de treball, mentre que les persones dedicades al treball domèstic a jornada completa es consideren “no actives”.

Qüestionar l'EPA no és tan sols discutir un dels instruments estadístics més utilitzats per valorar el volum d'activitat (taxa d'activitat) i atur (taxa d'atur), sinó que, a més, és un dels més influents a l'hora d'elaborar les línies polítiques i les estratègies de l'economia espanyola. Tant les definicions com les categories utilitzades a l'EPA es basen en els dictàmens de l'OIT. Per tant, qüestionar l'estructura d'aquesta enquesta és qüestionar els conceptes que hi ha darrere el sistema internacional d'estadístiques d'ocupació.



Una altra font d'informació que també cal comentar per les limitacions que presenta en analitzar les diferències salarials entre homes i dones és l'Enquesta d'estructura salarial (EES) de periodicitat quadriennal que es fa a tots els estats membres de la Unió Europea. L'enquesta exclou sectors amplis de l'economia i inclou sectors on les diferències salarials entre homes i dones són molt més acusades.

L'EES només considera com a treballadors o treballadores per compte aliè aquelles persones que presten els seus serveis en centres de cotització de 10 o més treballadors. Per tant, queden descartats molts petits comerços i negocis, on els sous són menors i la presència de la dona és més elevada.

La cobertura sectorial s'estén a la indústria, la construcció i part del sector serveis: comerç, hostaleria, transport i comunicacions, intermediació financera, activitats immobiliàries i de lloguer i serveis empresarials.

D'aquesta manera, se suprimeixen sectors altament feminitzats com el de l'administració pública, sanitat, educació entre altres, i que representen aproximadament el 31 % dels assalariats.

En aquests moments l'única font de dades oficial és l'estadística de l'Índex del cost laboral (ICL). Aquesta va substituir a partir de l'any 2001 l'Enquesta de salaris de la indústria i els serveis (ESA). Es tracta, però, d'una eina metodològicament adreçada a centres de treball i no a treballadors o treballadores i, a més, l'any 2001 va eliminar la variable de sexe del seus indicadors.

1.2 OBJECTIUS

Aquest apartat examina les diferències de gènere al mercat de treball. L'anàlisi es fa a través dels principals indicadors laborals. Les fonts estadístiques utilitzades han estat l'EPA, altres fonts estadístiques de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) i el Departament de Treball i Indústria.

Així mateix, el capítol també fa referència a les condicions en el mercat de treball d'aquells col·lectius de dones que, per les seves característiques, pateixen les situacions laborals de més discriminació, com són les dones immigrants i les dones discapacitades, encara que aquests col·lectius mereixerien un estudi propi i més aprofundit per la complexitat de la legislació aplicable i dels factors que s'hi relacionen.

1.3 DETERMINANTS SOCIOECONÒMICS

Una de les diferències més importants per raó de gènere en les condicions d'accés i permanència al mercat de treball és el fet que les dones continuen ocupant-se de les tasques de la llar, de tenir cura dels fills i de les persones grans dependents. Aquesta funció de cuidadores informals limita les possibilitats de desenvolupament i progrés professional.

Actualment, el 63,8% de la població inactiva de Catalunya la formen dones entre 25 i 54 anys, casades, amb un nivell de formació d'estudis primaris, que han treballat en alguna ocasió i que en el 29% dels casos es dediquen a les feines de la llar.

La maternitat és un factor que condiciona la presència de la dona en el mercat de treball, sobretot en el grup d'edat de 20 a 49 anys. Contràriament, en el cas dels homes la paternitat actua de forma positiva. Les taxes d'ocupació masculina augmenten més de tres punts en els homes que tenen fills de 0 a 6 anys (Taula 1.3.1).

Taula 1.3.1 Impacte de la maternitat/paternitat en l'ocupació. Població de 20 a 49 anys (Espanya, 2000).

		Situació familiar		
		Sense fills (%)	Amb fills de 0-6 anys (%)	Variació Abs
Impacte en l'ocupació	Taxa d'ocupació homes.	89,95	93,44	-3,49
	Taxa d'ocupació dones.	56,84	45,34	11,50
Impacte en l'ocupació a temps parcial	Taxa d'ocupació a temps parcial en homes (< jornada).	0,50	0,20	0,30
	Taxa d'ocupació a temps parcial en homes (> jornada).	1,50	0,90	0,60
	Taxa d'ocupació a temps parcial en dones (< jornada).	5,70	6,30	-0,60
	Taxa d'ocupació a temps parcial en dones (> jornada).	7,90	10,60	-2,70
Impacte de la maternitat en les dones segons el nivell educatiu	Taxa d'ocupació en dones amb nivell educatiu baix.	44,80	29,80	15,00
	Taxa d'ocupació en dones amb nivell educatiu mitjà.	64,80	51,20	13,60
	Taxa d'ocupació en dones amb nivell educatiu alt.	81,60	70,40	11,20

Font: Rubery et al. Informe Sespas 2004.



Atès que és difícil mesurar directament la possibilitat que ofereix un lloc de treball per a la conciliació de la vida familiar i laboral, l'OIT va proposar en la XVII Conferència Internacional d'Estadístics del Treball³ un indicador de la capacitat de conciliació de la vida laboral amb la vida familiar que consisteix en la taxa d'ocupació de les dones amb nens en edat escolar i la taxa d'ocupació de les dones de 20-49 anys. Les dades a l'abast no permeten calcular aquest indicador per a les treballadores catalanes.

Diferents estudis^[3] confirmen que l'edat és una referència bàsica per estudiar l'evolució de la situació laboral femenina. Entre els anys vuitanta i noranta, la participació de la dona en el mercat de treball va variar substancialment. Si abans el perfil tradicional de les taxes d'activitat femenina per edats implicava la retirada, entre els 25 i els 34 anys, de la major part de les dones anteriorment actives, d'ençà de llavors aquestes taxes donen valors cada cop més alts. La dona roman en el mercat de treball al llarg del cicle vital de manera més independent i la seva presència varia en relació amb fets biogràfics bàsics com són l'emparellament i el naixement dels fills.

D'altra banda, si bé en el moment de la maternitat les taxes d'ocupació de les dones disminueixen en tots els nivells educatius, aquesta reducció presenta un impacte superior en aquelles que tenen nivells educatius més baixos.

Les taxes d'activitat de les dones casades, tot i que continuen sent a qualsevol edat més baixes que les de les solteres, no sols han crescut força durant l'últim decenni en tots els grups d'edat inferiors als 60 anys, sinó que expliquen gairebé del tot el nou augment de la taxa general d'activitat femenina. El 1992, les taxes d'activitat estatals de les dones casades només superaven el 50% en els tres grups quinquennals d'edat compresos entre 20 i 34 anys. El 2003, en canvi, tots els grups d'edat compresos entre els 20 i els 44 anys se situaven per sobre del 60%, i un d'ells (el de les dones casades entre 25 i 29 anys) presentava una taxa d'activitat gairebé del 70%. La taxa d'activitat de les dones casades entre 40 i 44 anys ha crescut uns 20 punts i la del grup de 45 a 49 anys, 22 punts.

L'efecte contrari es produeix en l'ocupació a temps parcial. Segons dades de l'EPA, el 12% de les dones que treballen a temps parcial manifesten que ho fan per cobrir les obligacions familiars, en comparació del 0,3% dels homes. No obstant això, el treball a temps parcial no sempre és una mesura afavoridora de la conciliació de la vida laboral i familiar, ja que de vegades es tracta de treballs en condicions laborals precàries, amb horaris atípics i amb un índex superior de temporalitat.

³ <http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/download/17thicls/r1gen.pdf>

Des d'un punt de vista econòmic, Catalunya es caracteritza per tenir una estructura productiva industrialitzada, amb un baix pes en serveis públics d'educació, sanitat i serveis domèstics^[4]. La dinàmica de creació de llocs de treball a Catalunya ha estat intensa, per bé que es va produir més tard que a la resta de països europeus.

Al llarg dels últims anys el mercat de treball català s'ha destacat per una progressiva feminització, fet que ha estat el principal generador de l'elevat creixement de les taxes d'ocupació (dos de cada tres llocs de treball foren ocupats per dones). En comparació de les taxes de la resta de l'estat, Catalunya presenta taxes d'ocupació femenines més altes i d'atur més baixes que les de la mitjana estatal.

Cal matisar, però, que la incorporació de la dona al mercat de treball no s'ha traduït totalment en ocupació. Les dones presenten taxes d'atur, de temporalitat i de contractes a temps parcial superiors als homes. A més, les condicions d'accés al mercat laboral mostren una important segregació horitzontal i vertical tant pel que fa al tipus d'ocupació com als llocs que ocupen.

Les xifres registrades durant l'any 2003 situen a Catalunya amb un increment del 3,3% de dones ocupades per sobre del creixement de l'ocupació femenina a Espanya (2,7%) i a la UE (0,2%), i a 4,5 de l'objectiu plantejat a la cimera de Lisboa⁴, on es van fixar les bases de l'Estratègia d'Ocupació per a Europa per al 2010, amb una taxa d'ocupació per a les dones del 60%.

Tanmateix, l'estratègia europea destaca diferents aspectes que cal considerar en el disseny de les polítiques d'ocupació, com són la relació entre la major activitat laboral femenina que es necessitarà per assolir aquests objectius i la suficiència d'una política social, en l'àmbit de la conciliació de la vida familiar i laboral; la necessitat d'augmentar l'ocupabilitat de les dones, en especial pel que fa a l'augment del nivell mitjà de formació de les dones en edats centrals, així com la necessitat de reduir l'actual segregació ocupacional i la presència d'elements de discriminació intensificant les polítiques per a la igualtat d'oportunitats en l'àmbit del treball, i la necessitat d'esmerçar esforços per aconseguir més qualitat i estabilitat en el treball.

⁴ La cimera de Lisboa, en l'elaboració de l'Estratègia d'Ocupació per a Europa, no va fixar objectius quantitius concrets. Els informes conjunts sobre ocupació que anualment elabora la Unió Europea prenen com a referència la mitjana dels tres millors resultats per avaluar la situació en cada estat membre. La cimera d'Estocolm va marcar els objectius intermedis per al 2005 (taxa d'ocupació per a les dones del 57%), any en què es farà un balanç dels avenços cap al 2010.



Una altra característica que determina el futur professional de les dones és el camí que segueixen en les etapes de secundària, en els cicles formatius superiors i en la universitat: la classe de batxillerat, la branca professional o l'àrea científica escollides influeixen en el seu accés a determinats sectors, categories o llocs de treball amb retribucions més altes i més possibilitats de promoció. El 76,7% de les dones treballen en el sector dels serveis, dins les quals les branques més feminitzades són el comerç i l'hostaleria; les administracions públiques, l'educació i la sanitat; altres serveis a col·lectius i serveis financers a empreses i lloguer. Per ocupacions, el percentatge més gran de dones és el de treballadores de serveis: restauració, atenció a les persones i comerç, amb un 22,3%, seguit del 21,2% com a empleades administratives. Només una de quatre dones es troba en ocupacions de tipus tècnic i científic.

En resum, les tendències de les dones en la formació reforcen la segregació horitzontal i, de retruc, la discriminació i les diferències socioeconòmiques.

1.4 CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ ACTIVA

A Catalunya, la població activa femenina representa el 42,9% del conjunt d'actius (segons dades de l'EPA referides al primer trimestre de l'any 2004), una xifra que, en termes d'activitat, significa una taxa del 49,7 en comparació de la de 70,0 dels homes. El nombre de dones ocupades ha mantingut la tendència creixent mostrada durant els últims anys i aparentment sembla que la població activa femenina no s'ha vist tan afectada pels canvis en la situació econòmica com els homes. Mentre la població ocupada masculina presenta un creixement moderat amb un 0,2%, segons dades del primer trimestre del 2004, la població femenina augmenta en un 4,3% respecte al mateix període de l'any anterior.

Per grups d'edat, les dones augmenten la seva participació en el mercat de treball en tots els trams d'edat, molt per sobre de l'increment de la participació dels homes. El 44,9% del total del pes de la població activa el representen dones entre 25 i 44 anys. Actualment es pot afirmar que el moviment d'incorporació de la dona al mercat laboral és un fet permanent i irreversible.

Entre 1992 i 2003 les taxes d'activitat estatals entre el grup de 25 a 29 anys van créixer quasi 13 punts i es van situar en un 78,6%, les corresponents a les dones entre 30 a 39 anys van augmentar encara més, a l'entorn de 15 punts, i es van situar en un 72,7%, i les que més van créixer van ser les del grup de 40 a 44 anys i de 45 a 49 anys (19 i 22 punts, respectivament).

No obstant això, l'increment de la població activa (Taula 1.4.1) ha anat acompanyat d'un augment de les persones aturades. Durant el primer trimestre de 2004, a Catalunya les persones en situació d'atur van augmentar en un 1,8 % (5.500 persones). En aquest període han augmentat tant les dones actives com les desocupades (54,6% del total de la població ocupada).

Taula 1.4.1 Població activa per sexe a Catalunya (I Trimestre 2004-2003).

Unitats: població activa en milers				
CATALUNYA				
	2004	2003	Variació 2003-2004	
			Abs.	Rel.
POBLACIÓ ACTIVA	3.155,6	3.097,9	57,7	1,9
Ocupats	2.849,8	2.797,7	52,1	1,9
Aturats	305,7	300,2	5,5	1,8
HOMES				
Actius	1.800,3	1.792,5	7,8	0,4
Ocupats	1.662,1	1.659,0	3,1	0,2
Aturats	138,1	133,5	4,6	3,4
DONES				
Actives	1.355,3	1.305,4	49,9	3,8
Ocupades	1.187,7	1.138,7	49,0	4,3
Aturades	167,6	166,7	0,9	0,5

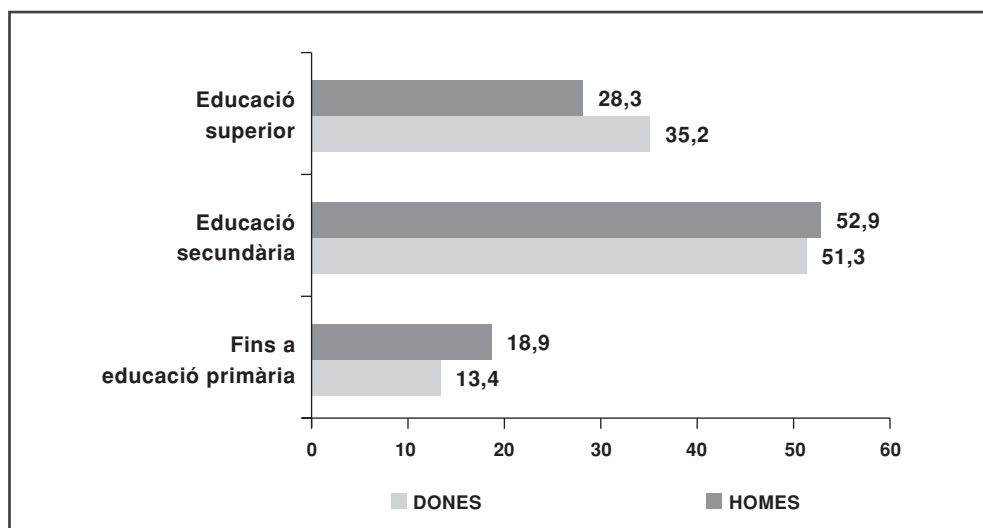
Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).



Les tendències, però, no són les mateixes en tots els trams d'edat. L'impacte del decreixement demogràfic de la població, així com la permanència en el sistema educatiu, es fa més evident entre els homes, amb la disminució de la població activa dels joves menors de 25 anys. En el cas de les dones, durant el primer trimestre del 2004 es va mantenir l'evolució mostrada en períodes anteriors: les dones entre 16 i 24 anys van incrementar la seva incorporació al mercat de treball en un 5,2%. Però el grup d'edat que presenta una incorporació més elevada és el de les dones d'entre 45 i 64 anys, amb 7 punts percentuals més. A més, aquest grup és el que mostra un nivell d'ocupació més gran, amb el 90% de les dones actives en aquest tram d'edat ocupades. En comparació, les dones més joves, de 16 a 24 anys, són les que topen amb més dificultats per consolidar una ocupació.

Si l'edat és un factor que incideix de manera clara en el comportament laboral de les dones en el mercat de treball, un altre indicador rellevant és el nivell de formació. La població activa femenina ha augmentat el seu nivell de formació al llarg dels darrers anys. Mentre que la quantitat de dones amb estudis primaris es redueix en un 9%, el 35,2% de les dones actives catalanes tenen estudis superiors (Figura 1.4.1).

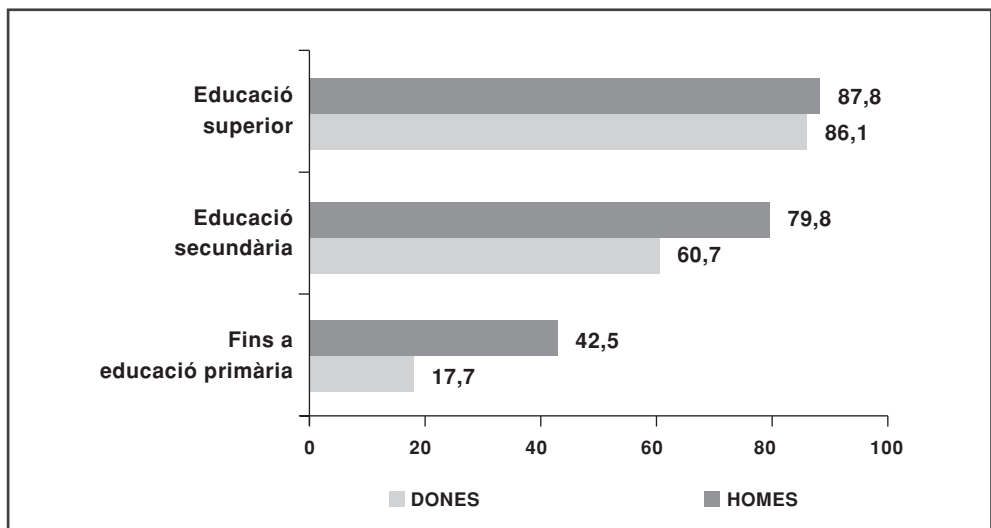
Figura 1.4.1 Població activa % segons nivell d'estudis per sexe (I Trimestre 2004).



Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

Les diferències de gènere en la taxa d'activitat són superiors en els estudis primaris. Mentre la taxa d'activitat dels homes és del 42,5%, la de les dones se situa en el 17,7% (Figura 1.4.2). A mesura que augmenta el nivell de formació, les diferències es redueixen: els homes amb estudis secundaris tenen una taxa d'activitat 19 punts per sobre de la de les dones, però en el cas dels estudis superiors la diferència no arriba als dos punts.

Figura 1.4.2 Taxa d'activitat segons nivell d'estudis per sexe (I Trimestre 2004).



Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

Si en el cas de les taxes d'activitat masculines les diferències per nivell educatiu estan més associades a l'edat, en les dones aquestes diferències es produeixen en tots els grups d'edat, és a dir, les dones amb menys formació van associades a una menor participació laboral.



Durant el primer trimestre del 2004, la taxa d'activitat es va situar en el 59,6%, tres punts superior (56,4%) a la registrada a la UE l'any 2002 (última dada disponible). En l'anàlisi per sexe, s'observa que les tendències són diferents: mentre els homes baixen mig punt, mantenint la inèrcia començada en períodes anteriors, les dones augmenten la taxa d'activitat gairebé dos punts, sobretot pel que fa a les dones joves menors de 25 anys. Aquest fet contrasta amb el perfil tradicional de les taxes d'activitat femenines, que implicaven la retirada de les dones actives entre els 25 i els 34 anys. No obstant això, les taxes d'activitat masculines (70 %) continuen sent molt superiors a les de les dones (49,7%) (Taula 1.4.2).⁵

Taula 1.4.2 Taxa d'activitat segons edat i sexe. Catalunya (I Trimestre 2004-2003).

	CATALUNYA			
	2004	2003	Variació 2003-2004	
			Abs.	Rel.
AMBDÓS SEXES				
16-24 anys	55,9	53,8	2,1	3,9
25-44 anys	88,0	87,2	0,8	0,9
45-64 anys	65,5	64,6	0,9	1,4
64 anys i més	1,7	1,9	-0,2	-10,5
Total	59,6	58,8	0,8	1,4
HOMES				
16-24 anys	59,8	60,5	-0,7	-1,2
25-44 anys	95,6	95,9	-0,3	-0,3
45-64 anys	81,7	82,3	-0,6	-0,7
64 anys i més	2,5	2,5	0,0	0,0
Total	70,0	70,4	-0,4	-0,6
DONES				
16-24 anys	51,7	46,8	4,9	10,5
25-44 anys	80,3	78,3	2,0	2,6
45-64 anys	49,8	47,4	2,4	5,1
64 anys i més	1,1	1,4	-0,3	-21,4
Total	49,7	47,8	1,9	4,0

Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

⁵ Taxes construïdes sobre la població de 16-64 anys i més.

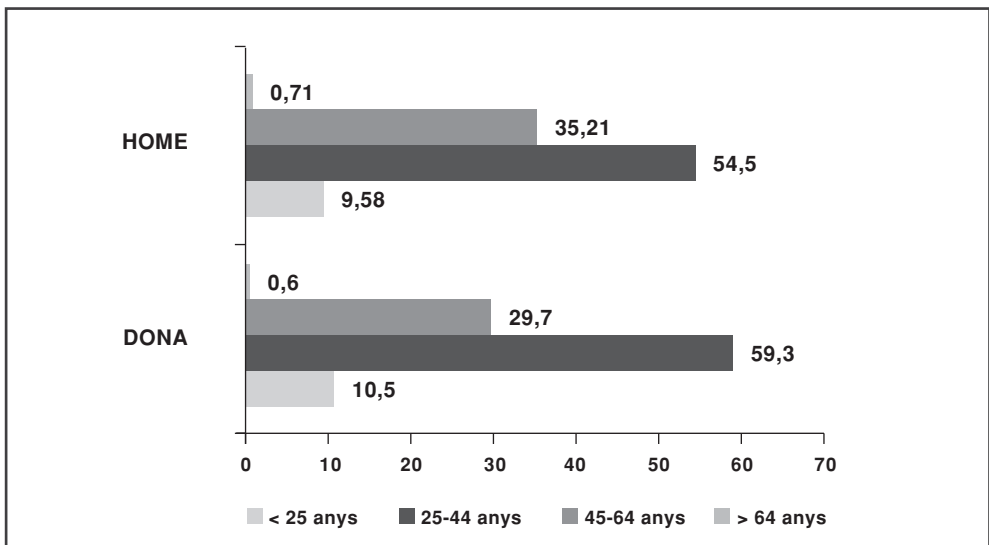
Segons un estudi elaborat pel Consell Econòmic i Social (CES)^[5] estatal, l'any 2003 la taxa d'activitat de les dones d'edats compreses entre els 20 i els 44 anys, se situava per sobre del 60% i fins i tot entre les dones casades entre 25-29 anys arribava al voltant del 70%.

L'anàlisi de les dades mostra que la població activa augmenta a Catalunya sobretot per l'increment de la incorporació o reincorporació de les dones entre 25 i 64 anys amb nivells de formació secundària i superior.

1.5 CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ OCUPADA

La població ocupada de Catalunya, amb 2.869.000 persones, presenta un creixement progressiu, produït per l'increment de l'ocupació de les dones entre 25 i 64 anys. És aquest tram d'edat el que representa el 89% de la població ocupada femenina i el 41% de la població ocupada total (Figura 1.5.1). Durant el primer trimestre del 2004 es van ocupar 56.300 dones més (4,9%) que en el mateix període de l'any anterior. D'altra banda, els homes menors de 25 anys van reduir l'ocupació en 5.400 ocupats menys.

Figura 1.5.1 % Població ocupada segons sexe i edat a Catalunya (I Trimestre 2004).



Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).



Si bé es cert que l'ocupació dels homes encara està molt per sobre de la taxa d'ocupació femenina, aquesta diferència s'ha reduït de forma significativa en els últims anys. Mentre que a l'any 1992 la distància entre homes i dones era de 40 punts, el 2003 ja s'havia reduït a 26 punts.

Per nivell de formació, el 51% del total dels ocupats té estudis secundaris i el 32,2% estudis superiors. Aquest últim grup és el que augmenta més, igual que succeïa amb la població activa. En bona mesura, és degut a la superior formació de les dones: el 47% de les dones manifesta tenir estudis superiors en comparació del 40,6% dels homes. Ressalta també que el grup de nivell d'estudis primaris presenta una davallada en ambdós sexes.

La taxa d'ocupació (Taula 1.5.1) catalana és del 53,8%, del 64,7% entre els homes i del 43,6% entre les dones. En conjunt, les taxes d'ocupació masculines mostren una certa tendència al descens, mentre que les femenines augmenten, i de forma més significativa en les dones menors de 25 anys (5,3%) i en les que tenen entre 45 i 64 anys (7,6%).

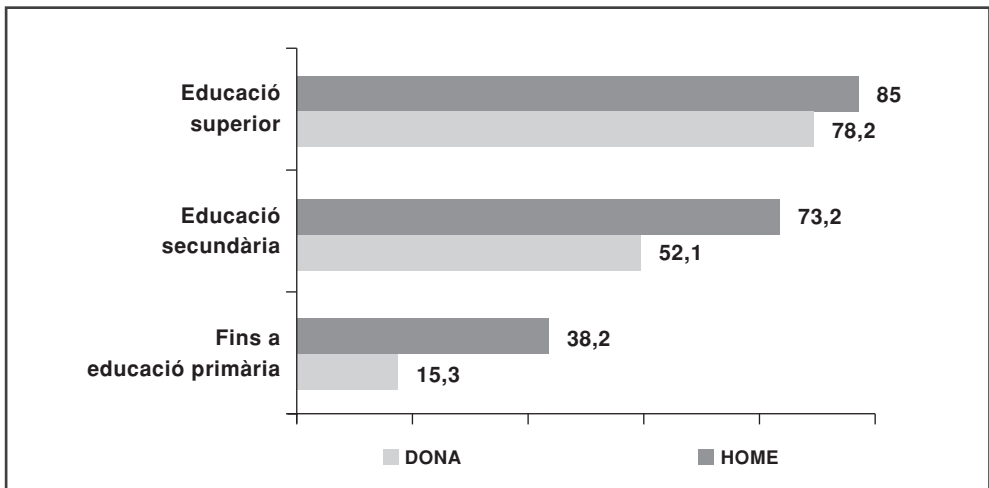
Taula 1.5.1 Taxa d'ocupació segons edat i sexe. Catalunya (I Trimestre 2004-2003).

	CATALUNYA			
	2004	2003	Variació 2003-2004	
			Abs.	Rel.
AMBDÓS SEXES				
16-24 anys	43,8	42,7	1,1	2,6
25-44 anys	80,1	79,5	0,6	0,8
45-64 anys	61,2	60,1	1,1	1,8
64 anys i més	1,7	1,9	-0,2	-10,5
Total	53,8	53,1	0,7	1,3
HOMES				
16-24 anys	48,1	47,7	0,4	0,8
25-44 anys	88,8	89,7	-0,9	-1,0
45-64 anys	77,8	78,9	-1,1	-1,4
64 anys i més	2,5	2,5	0,0	0,0
Total	64,7	65,2	-0,5	-0,8
DONES				
16-24 anys	39,4	37,4	2,0	5,3
25-44 anys	71,1	69,0	2,1	3,0
45-64 anys	45,1	41,9	3,2	7,6
64 anys i més	1,1	1,4	-0,3	-21,4
Total	43,6	41,7	1,9	4,6

Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

En relació amb el nivell d'estudis (Figura 1.5.3), a més nivell d'estudis menys diferència en les taxes d'ocupació entre sexes. Les diferències de gènere es redueixen i passen de 22,9 punts en el grup format per analfabets i estudis primaris, a 6,8 punts en el grup d'estudis superiors. En conjunt, tant els homes com les dones amb estudis superiors presenten taxes d'ocupació més elevades, mentre que la taxa d'ocupació del grup format per analfabets i persones amb estudis primaris es redueix en un 5,9%.

Figura 1.5.3 Taxa d'ocupació segons sexe i nivell d'estudis (I Trimestre 2004).



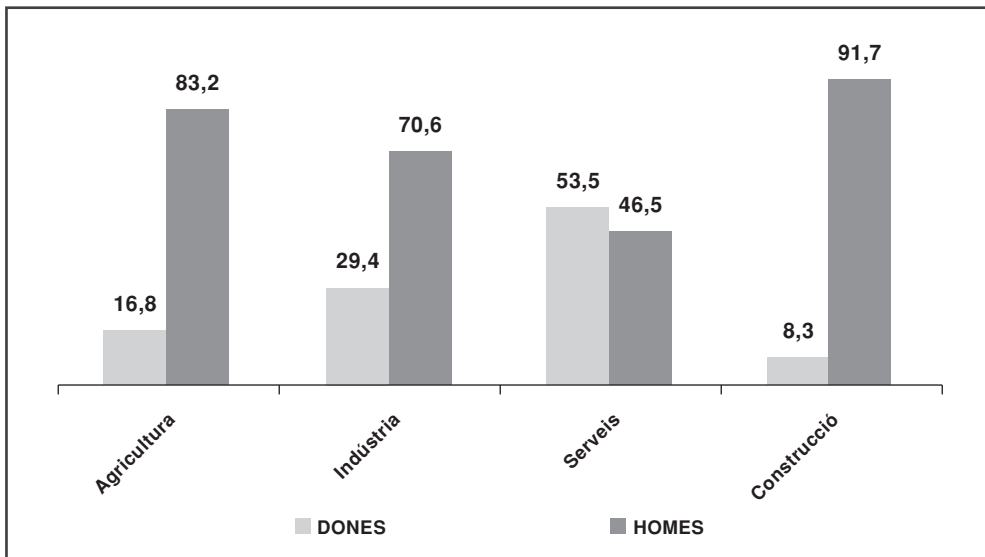
Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

Un altre fet a ressaltar és que la mitjana d'anys de formació de les dones de la població ocupada és superior a la mitjana d'anys de formació dels homes, amb 11,1 anys i 10,3 anys respectivament.



L'ocupació femenina ha suportat amb menys pèrdues les crisis econòmiques dels darrers anys, sobretot la crisi dels noranta, i s'ha beneficiat relativament més de les etapes de recuperació i d'expansió econòmica. La raó principal és la forta concentració sectorial que mostra el treball de les dones, amb un predomini important en el sector dels serveis. A Catalunya, el 61 % de la població ocupada ho està en el sector dels serveis, en el qual el 53,5% són dones (Figura 1.5.4).

Figura 1.5.4 % Població ocupada per sexe i sector econòmic (I Trimestre 2004).

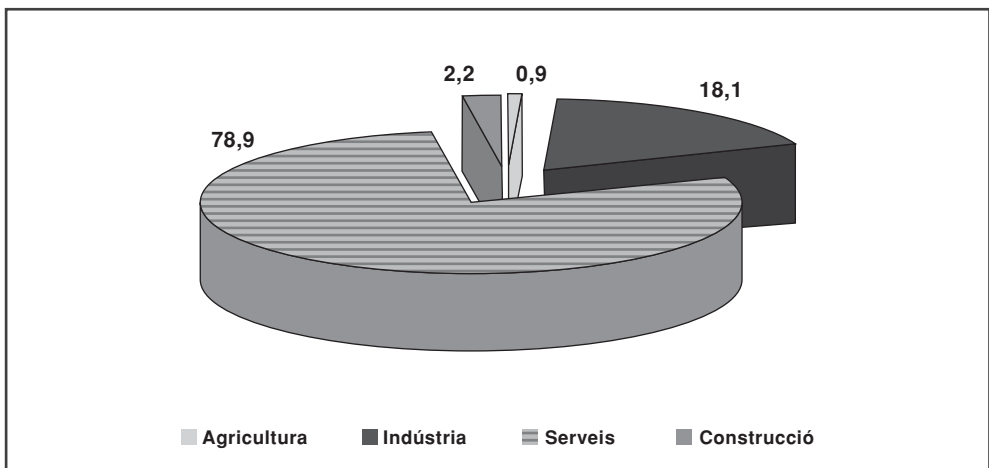


Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

Del total de dones ocupades, el 78,9% ho estan dins del sector dels serveis, especialment en aquelles branques d'activitat relacionades amb el comerç i l'hostaleria amb un 26,2% aproximadament, i tot seguit en l'Administració pública, l'educació i la sanitat, on hi ha el 23,5%. En la branca del servei domèstic, la presència de les dones és vuit vegades superior a la dels homes.

En la resta de sectors d'activitat la presència de la dona és inferior. No obstant això, la població ocupada femenina ha augmentat la seva participació tant en el sector de la indústria (principalment, la indústria manufacturera) com en el de la construcció, i representa un 29,4 % i un 8,3 % respectivament del total d'ocupats en aquests sectors. Tot i així, només representen el 18,1 % i el 2,2 % del total de dones ocupades (Figura 1.5.5).

Figura 1.5.5 Distribució de les dones ocupades segons sectors d'activitat.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

En la indústria, els sectors d'alimentació, tèxtil, fusta, paper i edició ocupen el 9,4 % de les dones. Un 6,1 % de les dones es troba en el sector de maquinària, material elèctric i de transport. Allà on s'observa un descens considerable és en el sector agrari. Tot i així, cal assenyalar la importància del treball femení en el món rural, moltes vegades invisible a les estadístiques laborals. Tanmateix, allà on es troba un equilibri en les proporcions d'homes i dones és en les categories de tipus tècnic i científic i en la categoria de treballadors no qualificats.

Cal destacar l'augment de la població assalariada registrat en els darrers anys, que si bé ha estat un fet comú en ambdós sexes, en el cas de les dones ha estat especialment significatiu. Segons dades d'Eurostat, entre 1992 i 2002, a Espanya el pes del treball assalariat en el conjunt del treball femení va augmentar un 11 %, mentre que en el cas dels homes només ho va fer un 5%. No obstant això, aquestes xifres continuen sent molt baixes en relació amb les de la UE.



Pel que fa a la població ocupada femenina a Catalunya, a la seva situació professional, el 86,1% de les dones estan assalariades, l'11% són empresàries o cooperativistes i el 2,3% reben ajudes familiars. En comparació d'això, els homes estan assalariats en el 79,3%, el 20% són empresaris i només el 0,7% cobren ajudes familiars.

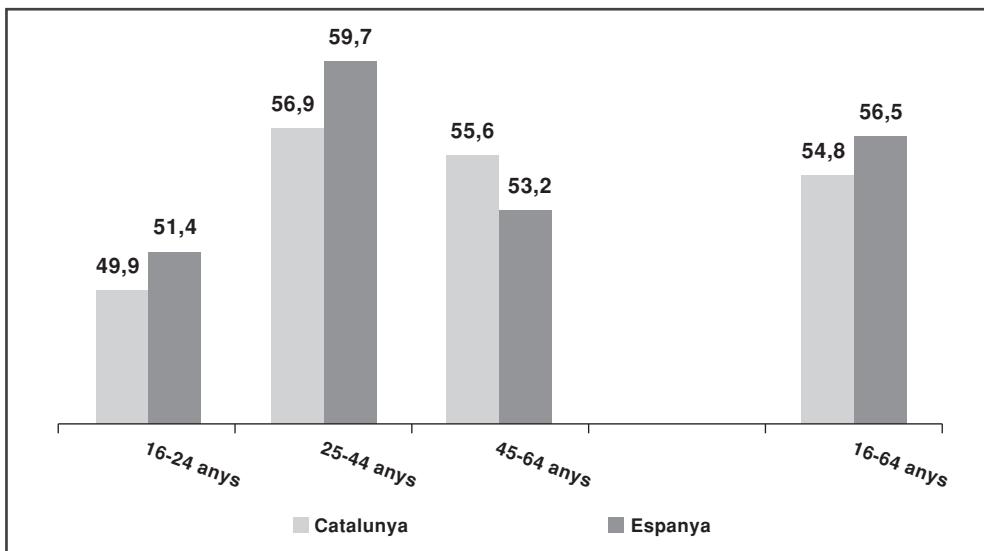
1.6 ANÀLISI DE LA POBLACIÓ ATURADA

Malgrat haver-se produït durant el primer trimestre del 2004 un descens del 3,9% en la taxa d'atur⁶ de les dones, la població desocupada femenina representa el 54,8% del total d'aturats (305.700).

La taxa d'atur de les dones durant el primer trimestre del 2004 es va situar en el 12,4%, una xifra inferior a la de l'Estat (15,8%) però més alta que la mitjana europea (8,7%) i gairebé 5 punts per sobre de la dels homes catalans (7,7%).

Per edats, baixa la població desocupada menor de 25 anys en els homes i de forma significativa la de 45 a 64 anys en el cas de les dones. Malgrat això, és aquest grup d'edat, juntament amb el de les dones de 25 a 44 anys, el que té un pes més elevat sobre ambdós sexes, amb un 42% de l'atur total (Figura 1.6.1).

Figura 1.6.1 % Població aturada femenina segons edat per Catalunya i Espanya.

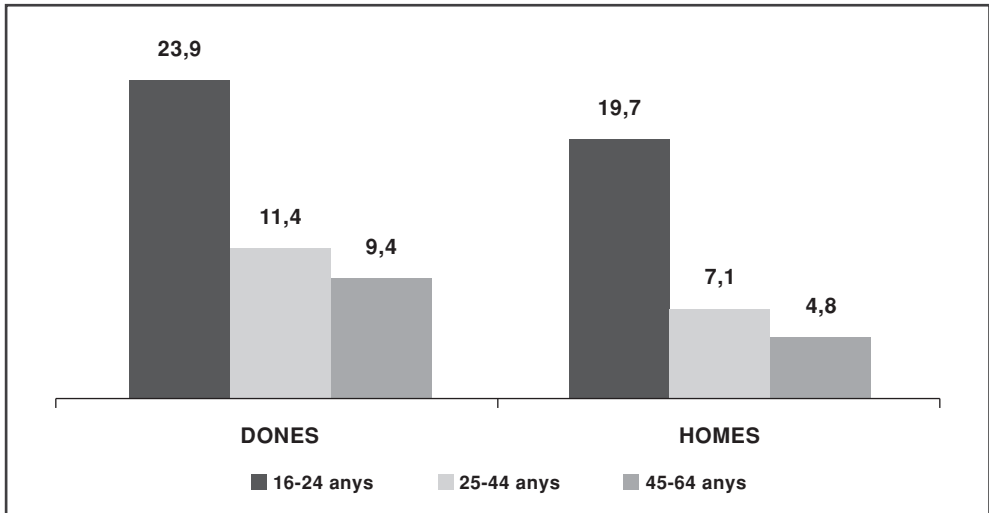


Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

⁶ Taxa d'atur de 16 a 64 anys.

El grup de dones menors de 25 anys presenta una important taxa d'atur, el 23,9%, molt per sobre de la mitjana catalana (Figura 1.6.2).

Figura 1.6.2 Taxa d'atur segons edat i sexe - Catalunya (I Trimestre 2004).



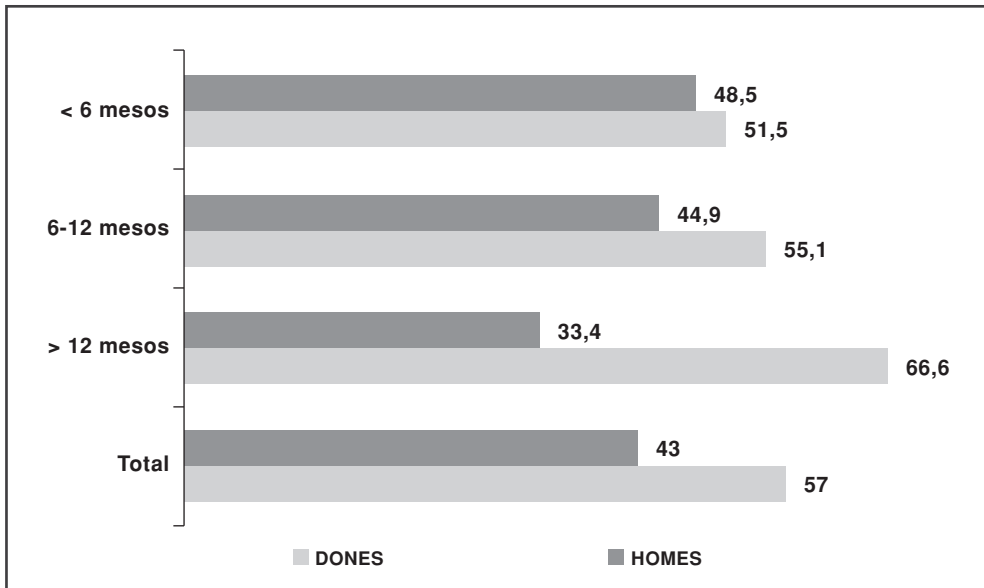
Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

La formació és un dels factors que incideixen més directament sobre l'ocupabilitat de les dones. Entre la població desocupada, el 14 % busca feina per primera vegada, sense diferències de gènere.

El 58 % per cent de la població desocupada que ha treballat abans fa 11 mesos com a màxim des que va deixar la darrera ocupació; d'aquest grup el 55 % són dones, cinc punts per sobre del grup dels homes. Però, a mesura que augmenta el temps de recerca de feina les diferències s'amplien, les dones que fa més de 12 mesos que estan aturades són el 66,6% mentre que els homes només representen el 33,3%. Per tant l'atur de llarga durada té un caràcter notablement femení (Figura 1.6.3). A més, la proporció de persones que no reben prestació o subsidi d'atur és notablement superior entre les dones (82,2% en comparació del 71,7% dels homes).



Figura 1.6.3 Atur registrat segons durada de la demanda 2004.



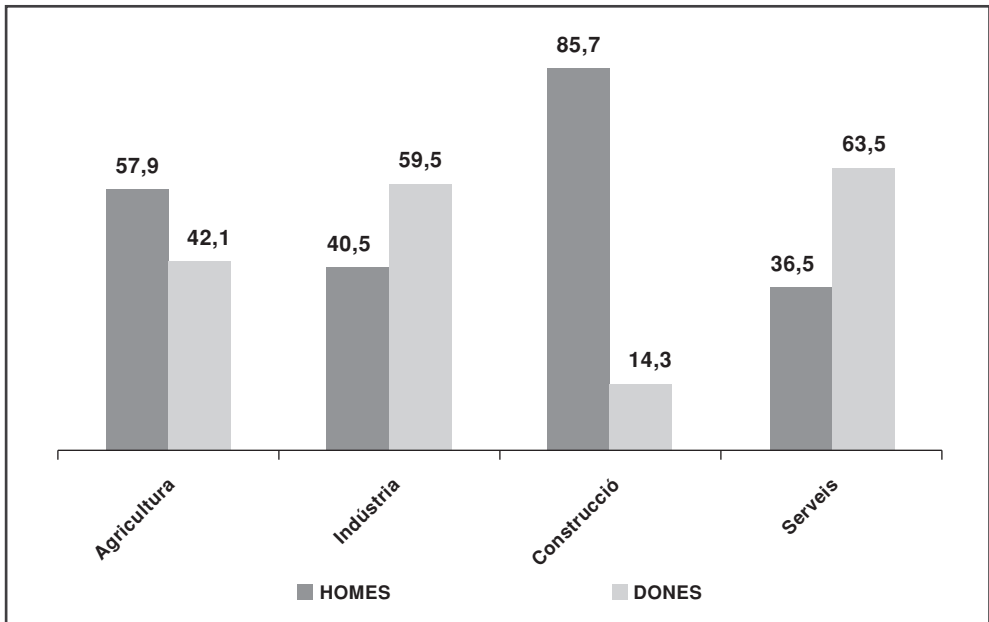
Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

Tot i que és infreqüent relacionar l'atur de llarga durada femení amb la posició subordinada de la dona en la llar familiar des d'un punt de vista econòmic, i amb la menor intensitat d'aquesta en la recerca de feina, les taxes d'atur són independents de la posició de la dona dins de la llar, la qual cosa apunta a una discriminació de gènere en el mercat laboral.

L'any 2003, un 45,2% de les desocupades eren cònjuges de les persones de referència en la llar, i un 37,4% eren filles, mentre que només un 13,4% eren elles les mateixes persones de referència. Però quan s'estudia la distribució de la població per sexe, situació laboral i posició dins de les llars familiars, les xifres tenen més relació amb el major nombre de fills i les dificultats que aquests tenen per emancipar-se i, per tant, passen a augmentar les xifres dels aturats, i a la menor proporció de persones principals entre els homes desocupats.

Per sector d'activitat, l'atur femení es concentra fonamentalment en els sectors més feminitzats, com són en els serveis i la indústria (Figura 1.6.4).

Figura 1.6.4 % Població aturada per sexe i sector - 2004.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'EPA (Idescat i INE).

1.7 TEMPS DE TREBALL SEGONS EL GÈNERE

El 87% dels contractes registrats l'any 2003 van ser temporals, sense diferències de gènere.

Les dones tenen una taxa de temporalitat del 24,6%, 4 punts superior a la dels homes. Criden l'atenció, però, les diferències de gènere en la temporalitat associada al treball a temps parcial. Si entre els homes, el 79,3% dels contractes a jornada parcial van ser temporals, entre les dones la proporció pujava al 94,2%.

Durant el primer trimestre de 2004, les taxes de temporalitat i de parcialitat foren de 24,60% i 15,74%, respectivament, per a les dones, i de 20,16% i 2,57% per als homes.

A Catalunya, segons l'enquesta d'ús del temps per al període 2001-2003 i pel que fa a la mitjana d'hores treballades efectivament en l'ocupació principal durant la setmana



anterior a l'enquesta, les dones amb contracte indefinit van treballar una mitjana de 34,6 hores i amb contracte temporal 30,2 hores per 38,0 i 36,6 hores, respectivament, en el cas dels homes⁷.

La durada mitjana diària dedicada al treball remunerat en les dones és de 7,09 hores en comparació de 8,28 hores en els homes. Aquesta situació s'inverteix quan considerem el temps dedicat a la llar i a la família; en aquest cas la durada diària mitjana per a la dona és de 4,37 hores i de 2,15 hores per a l'home. En conjunt, els homes treballen una mitjana de 10,43 hores al dia i les dones 11,46, és a dir, una hora més diària.

Una anàlisi més detallada tenint en compte el nombre de persones que conviuen a la llar, el tipus de llar i l'edat reforça la hipòtesi que "situació laboral de la dona en el mercat de treball" i "responsabilitats familiars i domèstiques" estan relacionades.

Algunes dades sobresortints de l'enquesta de l'ús del temps (Taula 1.7.1) mostren que, així com el nombre de persones a la llar no modifica de forma significativa el temps dedicat al treball remunerat per part de la població masculina, en la població ocupada femenina es produeix una disminució de mitja hora a una hora en el temps de treball remunerat en les dones que formen part d'una llar de tres o més persones o amb nens dependents. D'altra banda, sembla que l'home, quan viu en parella, disminueix la seva dedicació al treball domèstic mentre que es produeix un lleuger augment si hi ha fills dependents, cosa que no succeeix en la dona, per a la qual la dedicació augmenta vivint en parella i torna a augmentar amb la presència de fills dependents.

Taula 1.7.1 Durada mitjana diària del treball remunerat i no remunerat segons sexe. Hores.

	TREBALL REMUNERAT		TREBALL NO REMUNERAT	
	Home	Dona	Home	Dona
Dimensió de la llar				
1 persona	8,24	7,30	2,34	4,11
2 persones	8,31	7,34	2,19	4,23
3 persones	8,22	7,06	2,29	5,00
4 persones	8,35	6,57	2,06	4,41
5 o més	8,26	6,42	1,54	4,27
Tipus de llar				
Unipersonal	8,24	7,30	2,34	4,11
Dos adults	8,31	7,30	2,19	4,26
2 adults i nens	8,26	6,47	2,25	4,55

Font: Elaboració pròpia a partir de dades publicades per l'INE.

⁷ "Dona i treball", http://www.gencat.net/treballiindustria/doc/doc_71772283_1.htm

1.8 DISCRIMINACIÓ SALARIAL

En primer lloc, cal puntualitzar les dificultats actuals per poder comparar els salaris, atesa l'escassa disponibilitat de dades. L'única font d'informació que permet estudiar l'evolució de les diferències salarials per sexe d'una manera homogènia és l'Enquesta de salaris en la indústria i els serveis (ESA) i, tal com es comentava en la introducció de l'apartat, aquesta va ser substituïda l'any 2001 per l'Enquesta de costos laborals que malauradament no inclou informació desagregada per sexe.

L'origen de les diferències retributives entre homes i dones es troba en la mateixa organització del mercat laboral i en la visió totalment masculinitzada d'aquest. Encara avui dia, el salari femení és considerat com un complement als ingressos dels homes a la família. Una de les raons que expliquen les diferències salarials entre homes i dones connecta directament amb la segregació ocupacional de la dona, en relació amb el fet que el salari rebut per un treballador independentment del seu sexe és menor en aquelles ocupacions on la presència femenina resulta més significativa^[6].

El salari d'una ocupació tendeix a elevar-se com més homes entren a la plantilla i a reduir-se com més dones hi ha.

Al llarg de la història, la tipificació sexual de categories ha estat una pauta constant, molt vinculada al control dels processos de formació i aprenentatge per part d'empreses o associacions majoritàriament masculines. La classificació de les categories de la població treballadora s'estructura més en funció del gènere del treballador o la treballadora que segons les diferències reals en el procés de "treball".

Quan les dones passen a ocupar llocs de treball que abans corresponien als homes, la seva incorporació coincideix amb un procés de no qualificació del lloc de treball o de qualificacions no reconegudes i de reducció de salaris.

Segons dades de l'any 2000, les dones tenen uns salaris que són un 25% inferiors als dels homes per fer treballs similars.

Segons dades del Panell de Llars de la Unió Europea, l'any 2001 el salari mitjà net per hora de les dones que treballen 15 hores o més era un 89,8% del corresponent al total d'ambdós sexes, mentre que el dels homes se situava en un 106,6%. D'aquesta manera la diferència salarial se situaria en 16,7 punts entre 1994-2001. A Catalunya, el salari mitjà brut anual de les treballadores es va situar l'any 2002 en 15.994,65 euros, un 33% menys que el salari mitjà dels treballadors, que va arribar als 24.019,02 euros.



Hi ha una multiplicitat de factors que influeixen en la composició dels salaris, com són la jornada, l'ocupació, la branca d'activitat econòmica, el nivell educatiu, l'edat, l'antiguitat, el tipus de contracte, la grandària de l'empresa i el sector institucional (públic o privat).

Segons un estudi conjunt entre la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona i la Universitat de Múrcia, elaborat l'any 2002, sobre les diferències salarials entre Espanya i Catalunya^[7], la variable que més contribueix a la reducció del salari en el cas dels homes tant a Espanya com a Catalunya és l'edat i li segueix la branca d'activitat. En el cas de les dones, les variables que més hi contribueixen són l'educació i l'antiguitat en el cas d'Espanya i l'antiguitat i el tipus de contracte en el cas de Catalunya.

En les branques d'activitat amb més presència femenina és on s'obtenen diferències salarials més elevades^[8], tal com passa en la indústria de l'alimentació, el tèxtil i el comerç, mentre que en la indústria extractiva, els minerals no metàl·lics, la metal·lúrgia, la maquinària i equip mecànic i la construcció, el treball femení és més reduït i és on s'obtenen les menors diferències salarials.

Segons conclusions d'un estudi elaborat per CC.OO. a l'any 2000 sobre la discriminació salarial en el conjunt de l'Estat espanyol^[8], en relació amb l'edat, el salari augmenta amb l'edat del treballador o treballadora, no tant pel factor en si mateix, com per altres factors associats (més antiguitat, experiència...). El diferencial salarial entre homes i dones augmenta amb l'edat, ja que el salari masculí creix més ràpidament. Entre les dones, el salari mitjà s'incrementa amb l'edat fins a arribar a 49 anys i a partir d'aquí comença a baixar. En el cas dels homes, el salari mitjà augmenta fins als 54 anys.

El 41% de les dones treballa en les ocupacions pitjor retribuïdes o en ocupacions sense qualificació. En el cas dels homes, aquest percentatge representa només un 22%.

Quant al nivell educatiu, les dones, globalment, tenen un nivell educatiu superior al dels homes: el percentatge de dones amb estudis universitaris (39%) supera el dels homes (29%). No obstant això, per a un mateix nivell educatiu, el sou mitjà dels homes és molt superior al de les dones en tots els casos.

Les diferències salarials més grans es troben en els nivells educatius extrems: en el grup d'analfabets o amb estudis primaris i en els que tenen estudis universitaris. Les diferències desapareixen en el nivell d'estudis secundaris.

El salari té una relació directa amb l'antiguitat en el lloc de treball: a més antiguitat més salari. Les dones es concentren més en ocupacions amb menys d'un any d'antiguitat (24%), però a igualtat en l'antiguitat els guanys són menors per a les dones que per als homes.

En relació amb el tipus d'empresa, els salaris també són més baixos a les petites empreses, amb una major presència de dones assalariades que d'homes.

Malgrat l'augment de l'ocupació de les dones, aquestes diferències fan paleses les dificultats que han d'enfrontar les dones per incorporar-se al mercat de treball, ja que de vegades la retribució percebuda pot no compensar l'esforç de compaginar la vida laboral amb la familiar.

La discriminació salarial no es produeix tan sols en relació amb la mateixa ocupació sinó també per treballs diferents però d'igual valor. La detecció de la primera "mateix treball, mateixa retribució" és més fàcil que la de la segona "treball equivalent o comparable", atesa la dificultat en la quantificació del valor d'un lloc de treball concret. Ambdues pràctiques es consideren en la normativa actual que vol garantir la igualtat en les retribucions.

Els procediments específics per valorar els llocs de treball són nombrosos i molt variats. Els de tipus quantitatiu o analític es basen en l'assignació de valors a diferents factors prèviament seleccionats i clarament definits.

A favor seu tenen que valoren llocs i no persones, de manera que redueixen la subjectivitat i la discriminació directa.

Tanmateix poden incorporar elements de discriminació indirecta per acció (assignant valors més alts a factors amb què els homes tenen, globalment, avantatge sobre les dones com ara la força) o omissió (no tenint en compte característiques o funcions com l'esforç emocional o la capacitat de comunicació, més lligades als llocs de treball desenvolupats per les dones).

En aquest sentit, l'Institut de la Mujer ha editat una Guia de bones pràctiques per garantir la igualtat retributiva que pot ser utilitzada per detectar la discriminació en el procés de valoració dels llocs de treball en una empresa⁸.

Finalment, atesa la seva menor participació en el mercat laboral, les dones són també el grup més desfavorit en la cobertura de les prestacions públiques. La cobertura neta de les pensions de jubilació de les dones de més de 65 anys és del 34% (93% pels homes), i la pensió mitjana és de 342,92€ mensuals (un 38% menor que la dels homes).

⁸ <http://ioc.upc.es/ivis>



1.9 COL·LECTIUS ESPECIALS

LA DONA IMMIGRANT I EL MERCAT DE TREBALL

Del total de la població estrangera resident a Catalunya (543.008), el 42,3% són dones. La proporció de dones en alta laboral a Catalunya (32,2%) és 3 punts inferior a la de la resta de l'Estat. Això s'explica per les diferències en el pes dels diferents col·lectius. A Catalunya el percentatge de dones procedents del Marroc és el més nombrós, aproximadament el 34% de tots els residents marroquins, i superior al de la resta de l'Estat espanyol. Les dones marroquines tenen pautes laborals diferents de les de la resta de grups, es dediquen en més proporció a tenir cura de la família o bé a treballar en l'economia submergida. Un de cada tres residents marroquins és dona, però només tenen l'alta laboral un de cada set.

En canvi, les dones que provenen principalment de països llatinoamericans com Colòmbia, República Dominicana, Perú i en un alt percentatge també Filipines són les que s'incorporen al mercat laboral de forma regular.

Malgrat això, la participació de les dones en el règim general és inferior a la dels homes, la qual cosa es deu al fet que la seva participació en el mercat de treball es duu a terme principalment com a treballadores de la llar. Gairebé una de cada cinc dones és treballadora de la llar.

En general, l'augment de l'afiliació a la Seguretat Social dels estrangers que no pertanyen a l'espai econòmic europeu ha estat especialment pronunciat als últims anys.

Durant el 2003, les tendències laborals van canviar en relació amb períodes anteriors: el nombre de dones ocupades com a treballadores de la llar d'origen llatinoamericà i de l'Europa de l'Est va disminuir en un 7%, mentre que les dones d'origen africà i asiàtic ho van fer en un 4%.

Segons dades del Ministeri de Treball i Assumptes Socials, la concentració dels permisos de residència concedits a les dones durant l'any 1999 (última dada disponible) mostra una concentració superior en el servei domèstic (62%), en l'hostaleria (11%) i en l'agricultura (6%).

El fet que el 52% de les dones en tot l'Estat amb permís de residència estiguin afiliades a la Seguretat Social permet concloure que la incorporació al mercat de treball constitueix el nucli del projecte migratori de la majoria de les dones estrangeres en el nostre país. Aquest factor condiona de forma clara l'estructura ocupacional de les dones. No obstant això, es pot pensar que, a mesura que augmenti el temps mitjà de permanència en el país, les possibilitats de mobilitat i promoció professional s'incrementaran.

LA DONA AMB DISCAPACITAT I EL MERCAT DE TREBALL

Hi ha molt poca informació respecte a la situació de les persones amb discapacitat i la seva representació en el mercat de treball. Malgrat això, volem valorar amb les poques referències disponibles la situació d'un col·lectiu sobre el qual recauen importants discriminacions.

La discapacitat amplia substancialment les dificultats d'incorporació al mercat de treball i no tan sols per la discapacitat en si mateixa, sinó també per la presència de tot tipus de barreres (arquitectòniques, de transport, de comunicació, de discriminació laboral...) A més, les dones pateixen simultàniament les diferències laborals de gènere juntament amb les diferències socials de les persones amb discapacitat.

Segons dades de l'INE de l'any 2002, a Catalunya aproximadament el 2,65% de la població ocupada pateix algun tipus de discapacitació. El 67% són homes i el 33% restant dones.

La proporció de dones amb discapacitat sobre el total de la població ocupada és de l'1,9%.

Les necessitats de les dones amb discapacitat són percebudes de manera diferent de les dels homes amb discapacitat. Diferents estudis^[9-10] assenyalen que les dones discapacitades són més fàcilment orientades vers prestacions compensatòries que vers un treball adaptat o mesures de rehabilitació. Del total de perceptors d'incapacitat permanent, 327.592 són homes i 96.720 són dones (28,8%) i a més les quanties mensuals varien substancialment: els homes cobren una quantia mitjana mensual de 623 euros i les dones 500 euros de mitjana. En el cas de les pensions no contributives, les dones formen el 52,6% i els homes el 47,4%.

En el conjunt de la UE, el 76% dels homes sense discapacitat tenen un lloc de treball en comparació del 36% dels homes amb discapacitat. Aquestes xifres eren entre les dones del 55% i del 25%, respectivament.

A Catalunya les dones amb discapacitat són minoritàries en el mercat de treball i majoritàries entre les persones beneficiàries de prestacions de naturalesa contributiva.

De l'anàlisi del sector de població activa amb discapacitat en tot Espanya, es dedueix que el 64% són homes i el 36%, dones. Entre els aturats, la proporció tendeix a igualar-se: el 47,9% són dones i el 52,1% són homes. Això no obstant, l'atur encobert és un dels aspectes que incideix en més en la configuració del treball de les persones discapacitades.

La població discapacitada manté comportaments diferenciats en funció del sexe. Mentre que les dones tendeixen a compatibilitzar les pensions per discapacitat amb el treball domèstic i/o el treball remunerat, els homes no ho fan compatible i fan prevaler els beneficis de les prestacions derivats de la seva incapacitat^[8].



A Espanya, el 20% de les dones amb discapacitat tenen estudis bàsics mentre que un 8% tenen estudis superiors, molt per sota de la xifra europea on el 15% de les dones discapacitades tenen estudis superiors.

LA DONA EN EL MÓN RURAL

La població agrària és, després de la de la construcció, una de les més masculinitzades. La proporció de dones ocupades és del 16,8% en comparació del 53,5% en els serveis i el 29,4% en la indústria*. S'ha de tenir en compte, a més, que la xifra esmentada del sector agrícola recull tan sols una part de les dones que desenvolupen la seva tasca en el món rural. Al sector agrícola les dones es troben a mig camí entre el rol tradicional de suport i cura de la família i el de col·laboració en l'explotació familiar, la qual cosa fa que els límits entre el treball productiu i el reproductiu no siguin gaire clars.

A Catalunya, en l'últim cens agrari (1999) les dones representaven el 19% dels titulars de l'explotació i no arribaven a l'1% com a caps d'explotació. El segment de més de 44 anys era aquell en què estaven més representades (60% del total).

Al revés del que passa en el col·lectiu de titulars, les dones eren majoria entre els cònjuges de l'explotació (72%) i suposaven un quart dels altres membres de la família.

Pel que fa a la dedicació i encara que el cens agrari no permet fer una classificació segons el sexe, en termes generals el 66,2% dels titulats censats es dediquen solament a l'explotació mentre que aquesta xifra ascendeix al 72% entre el cònjuge (en gran part dones).

I pel que fa al temps de treball (sense tenir en compte el de temporada), en un estudi fet per Eurostat el 1997 es deduïa que les dones catalanes que treballaven al sector agrari ho feien durant menys d'un quart del temps en un 39-54% dels casos, i durant tres quartes parts en un 12-18% dels casos.

En aquest col·lectiu la doble presència es fa evident, atesa la coincidència de l'espai públic amb el privat, la deficiència en infraestructures i la dificultat per ser substituïdes.

* *Elaboració pròpia sobre la base de l'Idescat, any 2004*

El nombre de població treballadora afiliada al sector agrari i la seva distribució percentual en els diferents règims mostra també una baixa afiliació de les dones als règims corresponents de la Seguretat Social i, de resultes d'això, una probabilitat encara més petita que en els homes de gaudir de cobertura per la normativa de prevenció de riscos laborals (no estan protegides per les mesures de control i protecció) i una cobertura pel sistema públic de salut com a familiars del beneficiari. En no tenir estatus jurídic ni social visible, no tenen dret a un salari, ni poden beneficiar-se d'una cobertura social apropiada ni rebre cap prestació per atur, incapacitat temporal o maternitat. A més, la seva referència més immediata pels temes de la seva salut són els metges de capçalera mancats sovint de coneixements específics en relació amb els factors de risc i riscos de l'activitat agrària.

2. LA SALUT DE LA DONA

2.1 INTRODUCCIÓ

Tradicionalment la informació recollida per les estadístiques sobre accidentalitat ha fet pensar que la salut laboral està associada exclusivament a condicions de treball físicament perilloses lligades a ocupacions amb perfils clarament masculins.

La sinistralitat laboral ha anat lligada a un concepte de salut amb una clara connotació físicament traumàtica. L'accident de treball ha estat utilitzat com l'indicador principal dels efectes que tenen sobre la salut determinats riscos associats a unes condicions de treball deficients.

Malgrat aquesta visió parcial, que ha imperat durant molts anys, l'evolució de les condicions laborals, dels mètodes de treball i de les noves formes de producció han produït l'aparició de nous factors de risc que han transformat significativament el concepte de la morbiditat professional.

Actualment ningú no posa en qüestió que el concepte de salut lligat al treball té una dimensió molt més àmplia, associada a les relacions que s'estableixen entre la salut, el treball i la societat. Per tant, des d'aquesta perspectiva, podem afirmar que la salut laboral s'ha convertit en un dret universal.

En aquest ordre de coses, la Comissió Europea^[11] estableix entre els seus objectius integrar la dimensió d'igualtat entre homes i dones en l'avaluació de riscos i en les mesures preventives, de manera que es considerin les diferències entre ambdós sexes en la salut laboral.



Inicialment, podem pensar que els riscos laborals a què estan exposats tant homes com dones no han de ser per força substancialment diferents. La realitat ens demostra tot el contrari: no es pot obviar l'impacte que tenen sobre la salut de les dones factors com la segregació horitzontal i vertical en el mercat de treball, la compatibilitat del treball productiu i reproductiu i l'aparició de noves formes d'organització del treball.

El contingut del treball pot ser diferent entre ambdós sexes per motius diferents:

1- Feines diferents suposen riscos diferents (cosidora, infermera o dependenta enfront de paleta, transportista o electricista)

Els factors de risc en els sectors feminitzats (Taula 2.1.1) es caracteritzen per requeriments físics, mentals i emocionals ben diferents dels que pateixen els homes en els sectors masculinitzats^[12].

Taula 2.1.1 Característiques del treball de les dones (sectors feminitzats)

	Dona
TREBALL FÍSIC	Treball repetitiu. Postures fixes. Falta de pauses.
TREBALL MENTAL	Tasques coincidents en el temps. Interrupcions freqüents. Respostes simultànies a diferents interlocutors. Atenció al públic.
TREBALL EMOCIONAL	Comunicació emocional amb el client. Establir relacions de confiança.

Font: Elaboració pròpia.

2- Una mateixa feina pot comportar un repartiment de tasques diferencial basat principalment en estereotips i representacions de les capacitats d'ambdós sexes.

Tot i treballar en el mateix sector o tenir el mateix ofici o ocupació, les diferències relacionades amb les activitats realitzades poden ser importants, tal com es pot veure en els exemples de la taula 2.1.2.

Taula 2.1.2 Segregació de contingut de la feina.

	Home	Dona
JARDINER/A	Plantar arbres. Segar la gespa. Ús de maquinària. Talar arbres.	Plantar plantes. Netejar les males herbes. Podar els arbustos.
PEÓ DE NETEJA	Polir, abrillantar el terra. Netejar els vidres. Netejar parets i sostres. Despenjar cortines i tapissos.	Treure la pols. Buidar escombraries, cendrers. Netejar portes, miralls, sanitaris. Omplir els dispensadors de paper i de sabó.

Font: Elaboració pròpia.

Des d'aquesta perspectiva, l'Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball ha elaborat un informe^[13-14] on s'examinen les diferències de gènere en la seguretat i la salut en el treball.

2.2 **ESTAT DE SALUT DE LES DONES CATALANES**

En aquest apartat es pretén aportar dades sobre alguns problemes de salut de les dones a Catalunya en la franja d'edat laboral (16-65 anys) a través d'indicadors com ara l'esperança de vida i la mortalitat. La resta d'indicadors tradicionals com ara la percepció de salut, la limitació crònica de l'activitat habitual per motius de salut, el patiment d'almenys un trastorn crònic de la salut i l'estat de salut mental es tractaran en l'apartat "Condicions de vida i de treball" basant-se en les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya de 2002 (ESCA02).

L'ESPERANÇA DE VIDA

Any rere any, els catalans viuen més temps. L'any 1983 l'esperança de vida (EV) en néixer per als catalans era de 77,10 anys mentre que per a l'any 2002 va ser de 80,2.



Les dones viuen més que els homes, però la diferència amb els homes va minvant progressivament amb l'edat. L'any 2002, l'EV en néixer va ser de 83,44 anys en les dones i 76,87 en els homes. Aquesta diferència de més de 6 anys es converteix en 3,60 als 65 anys i en menys de 2 als 80.

És important ressaltar que no tots els anys de vida addicionals de les dones ho són amb bona salut o lliures d'incapacitat. De fet, l'esperança de vida en bona salut és independent del sexe. No així els anys en bona salut que en les dones és de 6 anys menor que en els homes, o sense incapacitat que s'iguali o és inferior a les dones a partir dels 45 i 65 anys respectivament.

LA MORTALITAT

Pel que fa la mortalitat per causes, en la taula 2.2.1 apareixen ordenades jeràrquicament, en funció del nombre de defuncions, les deu primeres causes de mort segons el sexe a Catalunya l'any 2002^[15].

Taula 2.2.1 Mortalitat proporcional per a 10 grans grups.

CAUSES	Dones	Homes
Circulatori	36,17	28,07
Tumors	21,69	32,47
Respiratori	8,46	11,94
Mentals	7,17	3,43
Nerviós	5,56	3,18
Digestiu	4,90	5,11
Endocrines	3,68	2,37
Externes	3,12	5,59
Genitourinari	2,33	2,23
Infecioses	1,76	2,13

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades per el Departament de Salut.

En les dones la primera causa de mort són les malalties del sistema circulatori (36,2%) i la segona els tumors (21,7%); en els homes aquestes són també les dues causes de mort més freqüents però invertides. Per tots dos sexes, la tercera causa de mort són les malalties del sistema respiratori (dones 8,5%; homes 11,9%); la quarta per a les dones són els trastorns mentals i del comportament i per als homes les causes externes. Cal significar que les morts per malaltia circulatoria i tumoral representen per a tots dos sexes més del 56% de les defuncions.

Un concepte interessant pel que fa a les disparitats en la mortalitat segons el sexe és el que introdueix la taxa de mortalitat evitable i la seva evolució en el temps.

Les dades disponibles en l'àmbit espanyol per a l'any 1999 i confeccionades per l'Eurostat mostren una sobremortalitat masculina en termes de mortalitat evitable de 5,7 vegades la corresponent a les dones. Pel que fa a les causes de defunció evitables, la part explicativa de les diferències de mortalitat entre ambdós sexes s'explica majoritàriament pels càncers de tràquea, bronquis i pulmó en la franja d'edat entre 45 i 64 anys, tan lligats al consum de tabac. És de preveure, doncs, si es manté la tendència divergent del consum de tabac entre dones (de l'augment d'un 23,4% el 1986 a un 32,5% el 2002 en la franja d'edat de 15 a 64 anys) i homes (disminució d'un 57,6% a un 41,8%)^[16] que es produeixi un augment de totes les malalties relacionades amb el tabac en el col·lectiu femení si no es prenen les mesures adequades a partir de plans de prevenció diferencials basats en un ampli consens entre els professionals sanitaris i involucrant les dones en el seu desenvolupament^[17].

MALALTIES OSTEOMUSCULARS

Aquest tipus de malalties representa un dels problemes més prevalents en les societats desenvolupades, i és una causa important de morbiditat, discapacitat funcional i deteriorament de la qualitat de vida. Segons l'Enquesta de discapacitats, deficiències i estat de salut de 1999^[18] a Catalunya, del total de discapacitats de més de 45 anys per malalties osteomusculars, el 60,5% eren dones (i el 39,5%, homes), la qual cosa representa un 33% (21,5%) de tots els motius de discapacitat.

Un repàs a la morbiditat hospitalària mostra que durant l'any 2001 van ser ateses als hospitals catalans 28.381 dones (22.715 homes) per malalties osteomusculars i, sota aquesta mateixa rúbrica, la taxa de mortalitat femenina va ser de 12,42 en comparació de 5,83 dels homes^[16].

2.3 CONDICIONS DE TREBALL I DIFERÈNCIES DE GÈNERE EN SALUT LABORAL

En primer lloc, tal com es descriu en l'apartat de la "Dona i mercat de treball", les característiques de les condicions laborals en què les dones desenvolupen les seves ocupacions les fan més vulnerables a determinats riscos.

Diferents estudis han constatat que l'atur és una causa evident de mortalitat i de malaltia, així com de deteriorament de la qualitat de vida. La població femenina és el col·lectiu amb les taxes d'atur més elevades, ja que afecta el 12,4% de la població activa en comparació del 7,7% en el cas dels homes.

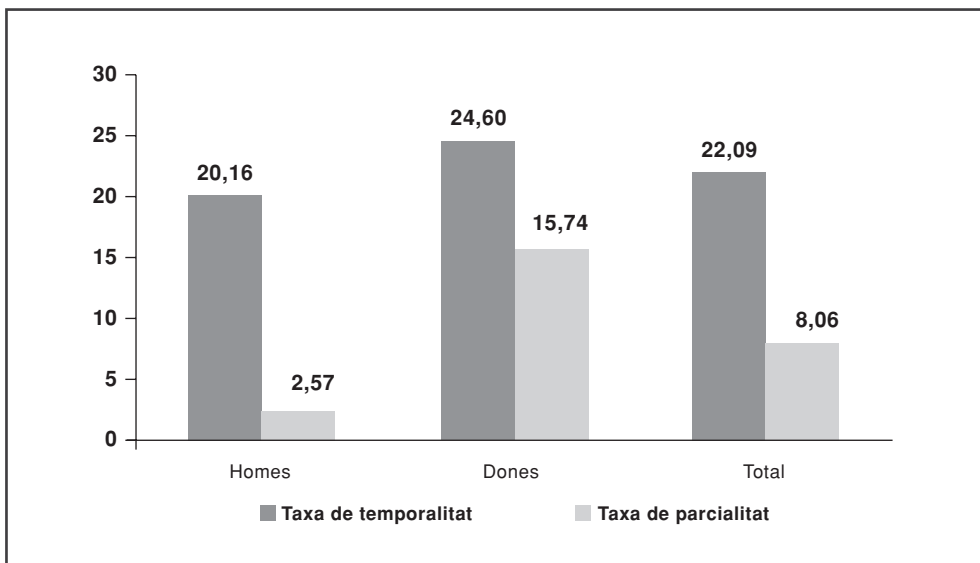


A més, el 66,6% de les persones que fa més de 12 mesos que busquen feina són dones.

Així mateix, la temporalitat i la parcialitat, fenòmens molt relacionats amb l'anomenada flexibilitat laboral i amb les noves formes d'organització del treball, comporten les mateixes conseqüències per a la salut que la desocupació.

La taxa de temporalitat femenina a Catalunya (proporció de dones ocupades assalariades amb contracte temporal) s'ha situat en el 24,6%, mentre que la dels homes està 4 punts percentuals per sota, i la taxa de parcialitat (proporció de dones ocupades amb tipus de jornada parcial) ha estat del 15,74% en el primer trimestre de l'any, 13,2 punts per sobre de la taxa masculina (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1 Taxa de temporalitat i parcialitat. Catalunya (I Trimestre 2004).



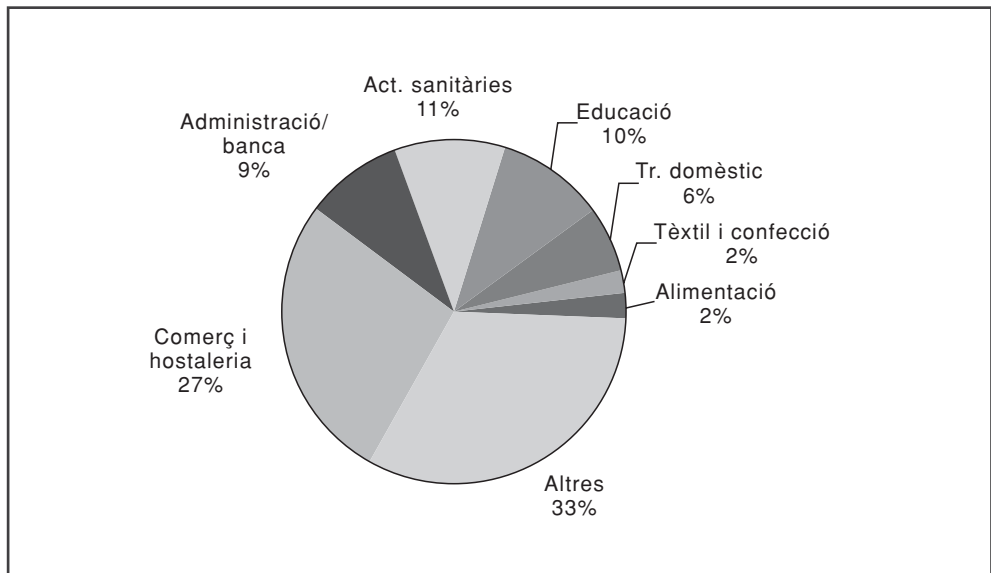
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades per l'EPA (Idescat i INE)

A més, sovint les dones ocupen els llocs més baixos de les classificacions professionals. En els darrers cinc anys només s'ha produït un increment de l'ocupació femenina en llocs directius del 10%^[19].

En segon lloc, la cultura preventiva ha estat més centrada a estudiar els factors de risc existents en el camp de la seguretat i la higiene, com poden ser cops, caigudes, exposició a determinades substàncies tòxiques, activitats perilloses, caigudes en alçada etc., activitats totes relacionades amb ocupacions tradicionalment masculines.

La majoria de les dones assalariades es concentra principalment en les branques de comerç i hostaleria, activitats sanitàries, educació, administració, treball domèstic, tèxtil i alimentació. Habitualment són empreses del sector públic i, si són del sector privat, ho fan en petites i mitjanes empreses (Figura 2.3.2).

Figura 2.3.2 Població ocupada femenina per branca d'activitat. 2003.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades per l'EPA (Idescat i INE)

En aquests sectors predominen els riscos relacionats amb l'organització del treball i els de caire ergonòmic, vinculats a postures de treball inadequades, treballs repetitius, manipulació d'objectes de poc pes o, en el cas de les treballadores de la neteja o de la sanitat, manipulació de càrregues pesants.

Excepte en l'últim cas, són treballs que, en comparació dels desenvolupats pels homes en sectors com el de la construcció, han estat i segueixen sent considerats com a lleugers si no s'analitzen amb cura. L'avaluació de la càrrega física, mitjançant el consum metabòlic, d'una dona fent pantalons en una màquina de cosir es classificaria amb tota seguretat com a lleugera. Ara bé, si es mesuren els esforços dinàmics sumant el pes de tot el que ha de manipular, els resultats poden ser sorprenents^[12]:

- Repetició del mateix cicle de treball més de 1.500 vegades al dia;
- Aixecament de pes de més de 400 kg;
- Força exercida de 2.850 kg amb les extremitats superiors i de 29.648 kg amb les inferiors.



I tot això sense interrupció i cada dia.

És precisament aquesta exposició continuada la que condiona l'aparició gradual dels efectes, la qual cosa dificulta el seu reconeixement i, doncs, la posada en marxa de mesures de prevenció i control.

Els danys apareixen de forma lenta i progressiva. Per tant, moltes vegades les patologies no s'associen a les condicions de treball, ja que no tenen una relació causa-efecte tan aparent, com succeeix en el cas dels homes, on les lesions són molt més evidents.

Aquesta aparició gradual dels efectes és el factor que més ha condicionat la seva identificació i avaluació i, per tant, la seva reducció i/o eliminació.

En tercer lloc, la doble presència que comporta la compatibilització de les tasques de l'esfera pública i de la privada, que a vegades coincideix en el temps, afegeix càrrega de treball a les dones, amb greus conseqüències per a la salut en l'esfera psicològica, com l'estrès, quadres d'angoixa, depressió i esgotament.

Habitualment el treball domèstic té factors de risc comuns al treball remunerat, per tant, el descans és insuficient.

En quart lloc, les diferències biològiques existents entre ambdós sexes poden interaccionar amb les condicions de treball i afavorir l'aparició de malalties. Normalment no hi ha una gran diferència entre la resposta biològica de l'home i de la dona en comparació dels agents físics, biològics o químics, llevat de les circumstàncies especials d'embaràs i lactància i d'altres lligades al cicle menstrual femení.

De tots els aspectes lligats a la fisiologia humana, l'aparell reproductor, les dimensions antropomètriques i la capacitat física són, doncs, els aspectes principals a tenir en compte per diferents motius.

Grandària, envergadura i capacitat física tenen importància quan es dissenyen llocs de treball, eines i equips, no tant per una major susceptibilitat de la dona com per la seva falta d'adequació a col·lectius allunyats de l'home mitjà (tant homes com dones). Encara estem bastant lluny del "disseny per a tots". Aquesta situació és encara més flagrant en ocupacions tradicionalment masculines en què la dona es troba amb entorns, eines i equips no adaptats que li dificulten accedir-hi i desenvolupar les tasques pròpies de l'ofici.

Pel que fa al risc reproductiu, hi intervenen diferents mecanismes biològics que poden alterar-se tant per l'exposició paterna com per la materna, i això en totes les fases de la reproducció, des del període previ a la concepció (donant lloc a trastorns tan diversos com alteracions de la menstruació, disminució del desig sexual o reducció de la fertilitat) fins a fases posteriors (avortaments, mort fetal, anomalies congènites, prematuritat, càncer infantil...)[20].

La protecció de la maternitat des de la prevenció de riscos laborals ha de ser tractada amb especial cura, perquè una actuació massa protectora i basada en estereotips podria donar lloc a una discriminació de la dona en certs treballs, mentre que una falta total de sensibilitat pel tema provocaria danys en la dona o en el futur nadó.

2.4 ELS RISCOS LABORALS DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Des del punt d'un vista preventiu cal que les metodologies d'identificació i avaluació de riscos considerin les diferències de gènere, en la seva elaboració i aplicació.

Existeixen riscos específics de gènere com són la doble presència, l'assetjament sexual i altres situacions de discriminació, que es tracten en altres apartats d'aquest estudi.

Els danys a la salut, que en major mesura afecten les dones, procedeixen dels anomenats riscos emergents (derivats de l'organització i la intensitat de la feina, els ergonòmics o els psicosocials), que són els més prevalents en la població treballadora femenina.

Els homes pateixen més accidents i, en general, les ocupacions més masculinitzades presenten riscos específics diferents, com ara soroll, exposició a determinats contaminants (fums de soldadura, metalls pesants...), risc de contacte elèctric, etc.

Al contrari, les dones fan tasques més mecàniques on els moviments repetitius són més freqüents. També són més habituals les ocupacions relacionades amb l'atenció al públic i, per tant, presenten més trastorns de les extremitats superiors, estrès, malalties cutànies, malalties infeccioses i violència en el lloc de treball.

Segons una enquesta[21] feta a escala europea per la Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i Treball (Dublín), les lesions osteomusculars són les més freqüents entre la població treballadora d'ambdós sexes. Sobre una població de 21.500 treballadors i treballadores, el 33% va manifestar patir problemes d'esquena i el 23%, problemes musculars.

Aquest tipus de lesions constitueix la primera causa de limitació crònica de l'activitat al nostre país i la primera causa de discapacitat física a llarg termini.



A més, les lesions osteomusculars són les més freqüents entre les dones. En la V Enquesta Nacional de Condicions de Treball, el 83,6% de les dones enquestades van afirmar patir molèsties de tipus osteomuscular, en comparació del 76,7%, dels homes.

Mentre que les dones presenten més lesions al coll i a la columna dorsal, els homes es lesionen més a la columna lumbar, els colzes i els genolls.

Segons Ana Maria Seifert^[22], de la Universitat del Quebec, la major freqüència de lesions osteomusculars en les dones es deu a la combinació de sis elements:

1. Les condicions de treball de les dones impliquen més factors de risc osteomuscular:
 - En el tipus de tasques assignades a les dones són més freqüents els moviments repetitius, que requereixen gran precisió i més postures forçades.
 - En la interacció persona-lloc de treball no es té en compte el disseny ergonòmic, les eines de treball són estàndards i estan dissenyades segons les proporcions de la població masculina.
 - La durada de l'exposició al risc és superior en les dones (durada de treball en anys de servei), ja que les dones romanen més temps en una mateixa feina. Com a mitjana les dones no canvien la seva càrrega de treball físic en 24 anys, mentre que els homes la disminueixen gradualment.
2. Les dones tenen menys força muscular que els homes, per tant, les mateixes condicions comporten efectes més grans sobre elles.
3. La doble presència intensifica el risc.
4. Els factors hormonals sols o en interacció amb les condicions de treball augmenten el risc.
5. Les dones expressen més el seus problemes.
6. Per la interacció entre els factors de risc psicosocials o d'organització del treball i els riscos de lesions osteomusculars.

Les noves formes d'organització del treball amb l'ús de les noves tecnologies, el treball en equip, el treball autoregulat, l'externalització, la subcontractació, la demanda de flexibilitat laboral i l'augment de la població activa en el sector dels serveis, aporten l'aparició de nous riscos: són els anomenats riscos emergents.

D'aquests, l'estrès és, pel seu impacte, el més important. El 28% de la població treballadora de la UE manifesta sentir-se estressada, i l'estrès està relacionat amb la quarta part de les absències a la feina de més de dues setmanes. No obstant això, són les dones les que més verbalitzen aquest problema. Les dones amb doble jornada, amb ocupacions de baixa qualificació i baix salari, i amb poques possibilitats de promoció són més vulnerables a patir les conseqüències de la tensió laboral⁹.

La tensió apareix quan les demandes del treball superen la capacitat que té el treballador o la treballadora per fer-ne front. L'estrès seria la resposta fisiològica a aquesta tensió que, a més, pot produir conseqüències orgàniques importants com malalties cardíaques, trastorns digestius o depressió, entre d'altres.

Els ritmes de treball elevats són habituals en sectors altament feminitzats com el sanitari, l'hostaleria, l'educació o els serveis, que és on es presenta amb més freqüència.

Quant al risc químic, s'estima que aproximadament el 31% dels treballadors i treballadores estan exposats a contaminants químics per manipulació o inhalació, segons la V Enquesta nacional de condicions de treball. Pràcticament en tots els sectors d'activitat es fabriquen, manipulen o emmagatzemen substàncies químiques.

Segons l'Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball, el 21% de la població treballadora de la UE està exposada a carcinògens, el 22% inhala fums i el 16% manipula colorants i pesticides.

Entre la població treballadora exposada hi ha un alt percentatge de dones. Tant en el sector sanitari com en el de serveis de neteja, l'agricultura i la indústria cosmètica, s'utilitzen substàncies potencialment perilloses.

Existeixen més de 100.000 substàncies químiques en el mercat, de les quals es disposa de poca informació^[20] sobre els seus efectes en la salut humana i concretament sobre els riscos específics en les dones, ja que la majoria d'estudis realitzats s'han fet sobre població masculina.

No obstant això, les substàncies químiques poden afectar de forma diferencial homes i dones, per raons biològiques, fisiològiques i hormonals tant en situació d'embaràs o lactància com al llarg del seu cicle vital, com ara les alteracions menstruals, que són les grans oblidades en la recerca i les intervencions en salut laboral.

⁹ L'Enquesta nacional de condicions de treball defineix el perfil de treballador amb menors possibilitats de promoció com: dona entre 18-34 anys, d'empreses petites, treballadora no qualificada i administrativa.



2.5 SINISTRALITAT LABORAL I GÈNERE

L'anàlisi s'ha fet comptabilitzant els accidents de treball amb baixa succeïts al llarg de cinc anys (1997-2002).

Cal puntualitzar, però, que a l'hora d'interpretar les xifres és necessari considerar que en la gènesi dels accidents conflueixen de forma directa o indirecta diferents factors, que no són únicament els relacionats amb les condicions de treball: el creixement econòmic i les condicions del mercat de treball, pel que fa a la temporalitat i la rotació, manifesten una associació directa amb l'augment en la incidència de sinistres.

Del total d'accidents amb baixa en jornada laboral produïts en aquests cinc anys 1.013.382, el 81,7%, els han patit homes i el 18,3 % dones.

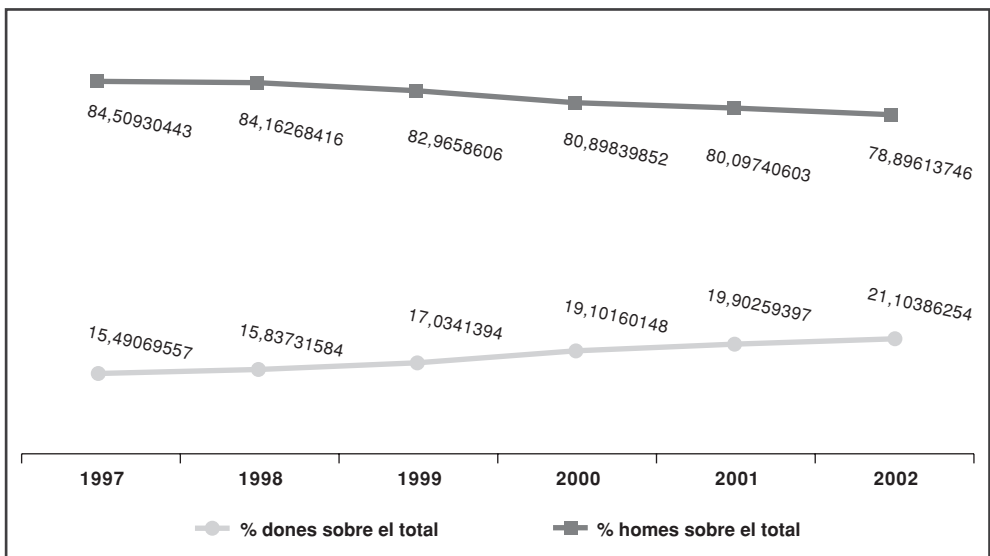
En termes relatius, tenint en compte la població exposada al risc segons el sexe, la incidència d'accidents laborals en els homes és aproximadament tres vegades superior a la de les dones. Aquesta incidència desigual es podria explicar pel superior pes de la població activa masculina en sectors d'alta incidència de sinistralitat laboral i pel superior pes de la població ocupada femenina en activitats amb baixa sinistralitat. Tot i així, cal recordar que les dones són majoria en els contractes a temps parcial, la qual cosa suposa menys temps d'exposició al risc. Per fer una estimació més acurada de la diferència d'incidències dels accidents de treball entre homes i dones, aquesta incidència s'hauria de calcular tenint en compte en el denominador el nombre d'hores treballades (és a dir, el temps d'exposició al risc) i no els efectius laborals.

Per sectors d'activitat, el 42,3% del total s'ha registrat en el sector dels serveis, el 36,2% en la indústria, el 19,3% en la construcció i el 2,1% en l'agricultura.

No obstant aquestes xifres, la desagregació per sexe mostra tendències diferents. Mentre que el 71 % dels accidents patits per les dones s'acumulen en el sector més feminitzat com és el dels serveis (el 53,5% de la població ocupada d'aquest sector són dones), en el cas dels homes la segregació per raó de sexe no és tan evident i els registres presenten més heterogeneïtat: el 38,5% dels accidents són del sector de la indústria, el 35,9% del sector dels serveis i el 23,4% del sector de la construcció.

Encara que aquestes xifres mostren el que hem esmentat al llarg de l'apartat en relació amb el fet que els homes s'acceden més, veiem que l'evolució del percentatge d'accidents sobre el total, entre 1997 i 2002, diferenciat per sexe, ha anat disminuint en el cas dels homes i augmentant en les dones (5,6 punts percentuals). Cal pensar, doncs, que, tot i presentar xifres globals inferiors a les dels homes, factors com l'augment de la presència de la dona en el mercat de treball i l'increment de la temporalitat (tenir un contracte temporal augmenta la probabilitat de patir un accident en 4 i 7 punts percentuals^[23]), estan incidint de forma clara en la sinistralitat femenina (Figura 2.5.1).

Figura 2.5.1 Evolució del percentatge total d'accidents amb baixa en ambdós sexes. 1997 - 2002.



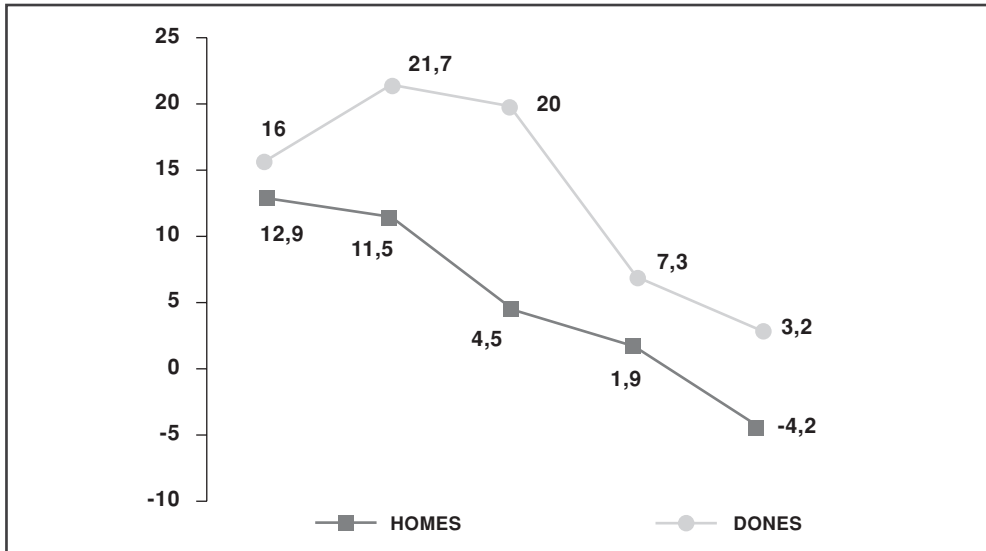
Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Així mateix, pel que fa a la seva gravetat, en relació amb els accidents lleus les dones presenten una variació positiva amb una lenta tendència a la reducció, mentre que els homes mostren una disminució més clara.



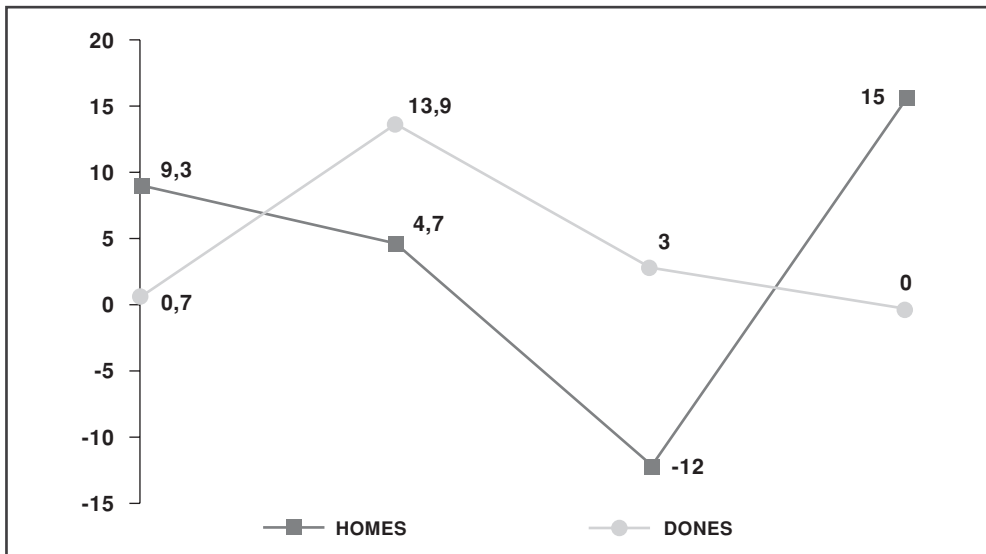
En el cas dels accidents greus i mortals, les diferències són més evidents, ja que mentre les dones han anat reduint la gravetat dels accidents els homes pateixen més accidents greus i mortals (Figures 2.5.2, 2.5.3 i 2.5.4).

Figura 2.5.2 Evolució dels accidents lleus. Homes-dones. % variació 1997 - 2002.



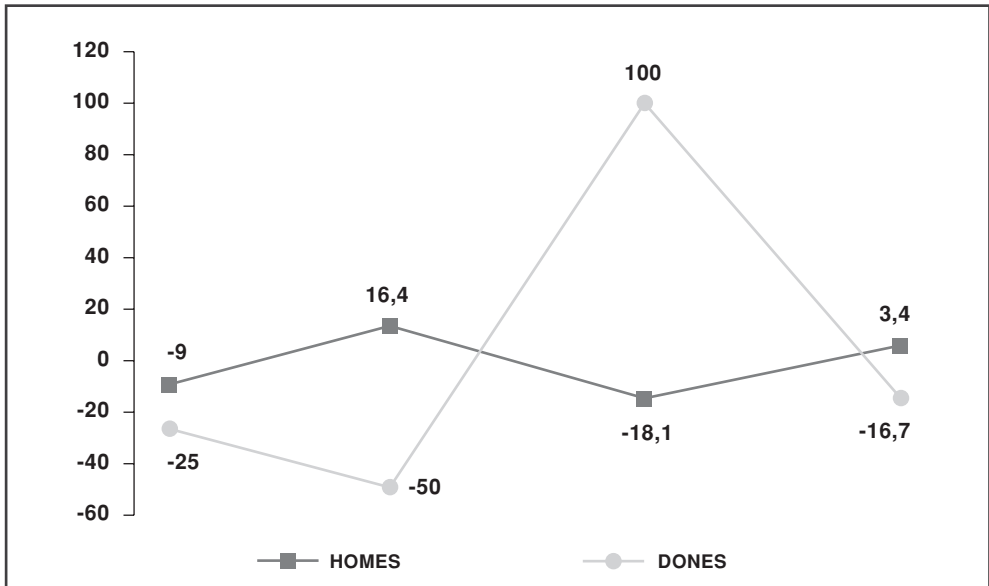
Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Figura 2.5.3 Evolució dels accidents greus. Homes-dones. % variació 1997 - 2001.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Figura 2.5.4 Evolució dels accidents mortals. Homes-dones.
% variació 1997 - 2001.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

D'acord amb el que hem comentat a l'inici de l'apartat, les dones presenten lesions menys traumàtiques, per tant, menys greus en el moment de la seva declaració, però d'evolució més crònica en el temps.

Cal precisar que la notificació dels accidents té una finalitat fonamentalment indemnitzadora i no tant preventiva. A més, el període d'estudi que hem analitzat és anterior a la reforma de la notificació del comunicat d'accident i els registres estan més centrats en les causes dels accidents.

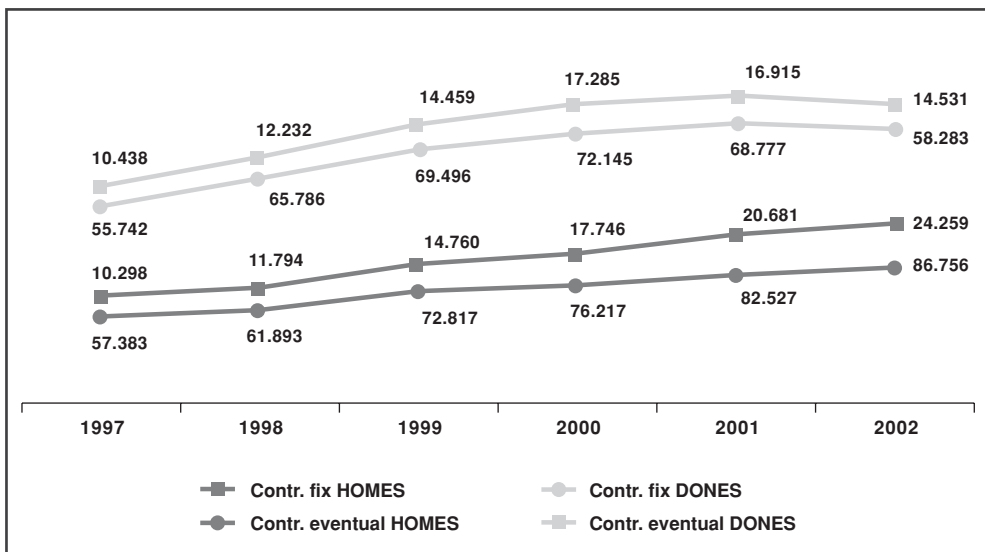
Actualment, les fonts estadístiques només permeten discriminar el grau de gravetat de les lesions i no la seva evolució en el temps.

Amb relació a la modalitat de contractació, el 53,5% de la població treballadora accidentada tenia contracte fix, i el 46,4 % contracte eventual, d'aquest el 18% i el 16,2% respectivament els van patir dones.



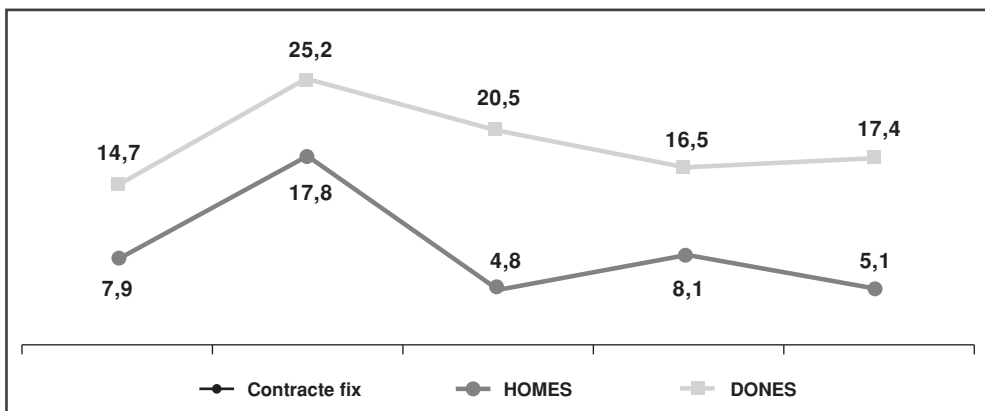
No obstant això, l'increment en nombres relatius de l'accidentalitat en les dones, en aquest cinc anys, ha estat molt superior al dels homes. Les dones amb contracte fix han experimentat una variació del 135 %, mentre que en el cas dels homes ha estat només del 51 %. En relació amb els accidents registrats en contractes eventuais, les dones presenten una variació del 39 %, en comparació dels homes amb només un 4,6 % (Figura 2.5.5).

Figura 2.5.5 Accidents en jornada de treball amb baixa segons tipus de contracte. 1997 - 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

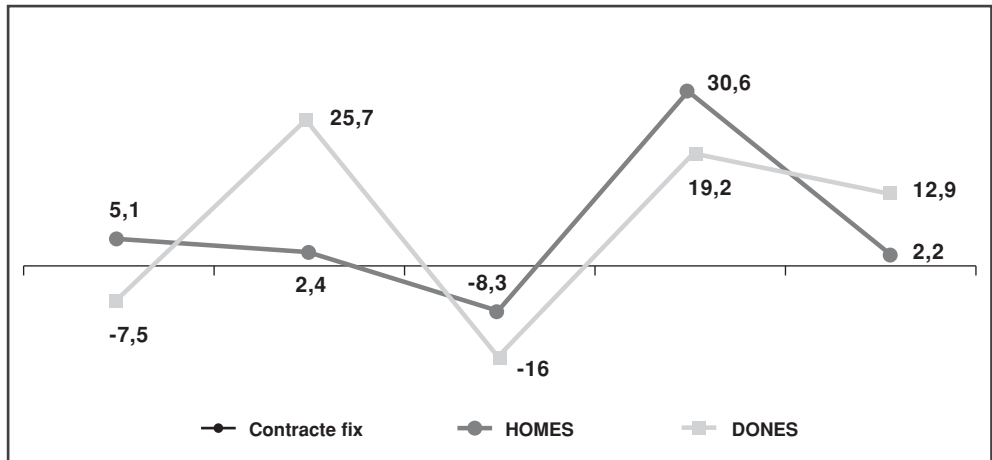
Figura 2.5.6 Accidents lleus en jornada de treball. % variació. 1997 - 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

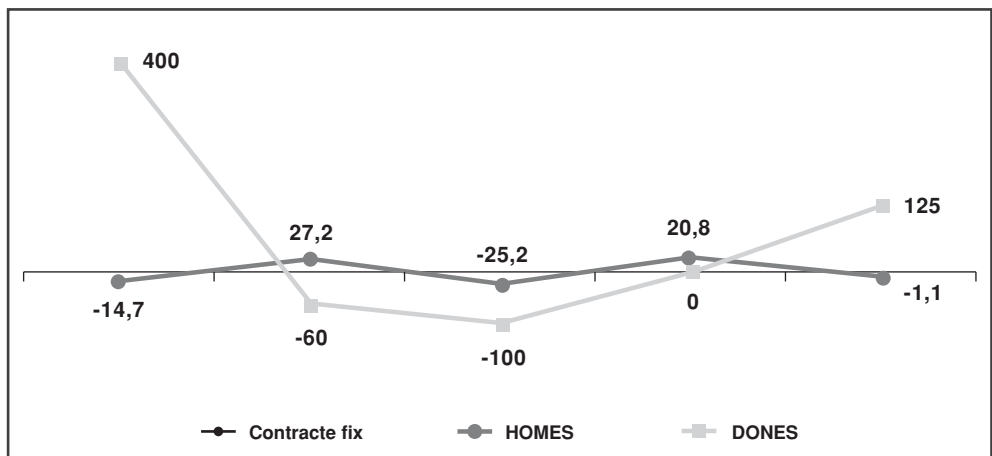
Les figures que van de 2.5.7 a 2.5.11 mostren la variació de l'accidentalitat segons la gravetat i el tipus de contracte, tant de les dones com dels homes.

Figura 2.5.7 Accidents greus en jornada de treball. % variació. 1997 - 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

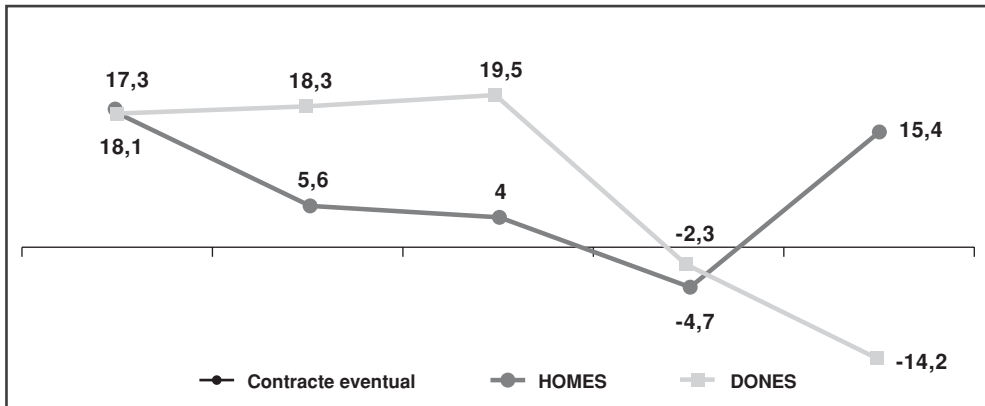
Figura 2.5.8 Accidents mortals en jornada de treball. % variació. 1997 - 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

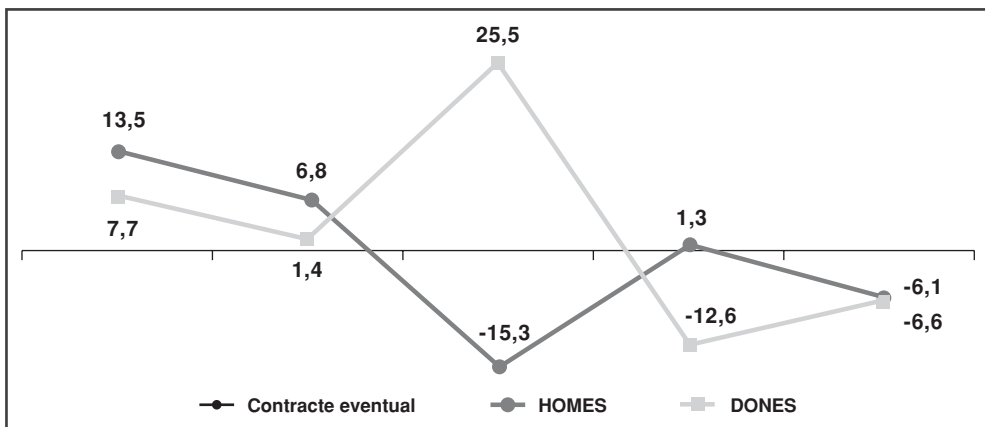


Figura 2.5.9 Accidents lleus en jornada de treball. % variació. 1997- 2002.



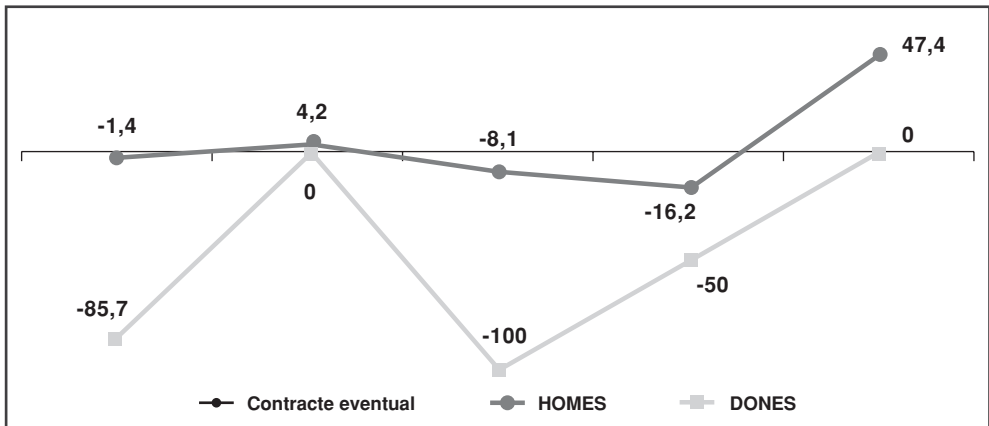
Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Figura 2.5.10 Accidents greus en jornada de treball. % variació. 1997- 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Figura 2.5.11 Accidents mortals en jornada de treball. % variació. 1997- 2002.



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades d'accidentalitat laboral.

Per edats, la franja d'edat amb més sinistres és la de 25 a 44 anys. En aquest tram, les dones registren el 53% dels accidents lleus i el 51 % dels greus. En el cas dels accidents mortals, el 33% dels accidents es donen entre els 45 i els 54 anys. Tot i així, la incidència de la sinistralitat es redueix amb l'edat.

Quant al tipus de lesió en funció del sexe, els homes tenen més lesions a les mans, els ulls, el crani i la cara, a la caixa toràctica, l'esquena i els costats. I les dones pateixen més lesions de coll, extremitats superiors, inferiors i peus.

En relació amb les malalties professionals, actualment no es disposa de dades fiables sobre morbiditat i mortalitat relacionades amb malalties professionals. Aquest fet no es dona tan sols al nostre país, sinó que es tracta d'una situació generalitzada a escala internacional.

Malgrat l'existència d'un reconeixement generalitzat d'aquesta situació, pràcticament no es fan valoracions sobre l'impacte de les malalties professionals al nostre país. Hi ha estimacions que atribueixen unes 9.000 morts relacionades amb el treball a Espanya durant el període 1985-1987, xifra notablement allunyada de les estadístiques oficials^[24].



A Catalunya, durant l'any 2003, del total de malalties declarades el 98% van ser lleus, un 0,8% més que l'any anterior. Aquestes recauen principalment en els sectors de la fabricació de maquinària, material elèctric i de transport i de la indústria de l'alimentació, el tèxtil, el paper i la fusta.

En les dones, les malalties més freqüents són les osteomusculars, la síndrome del túnel carpí i les dermatitis produïdes per exposició a productes químics, per aquest ordre. I entre els homes les hipoacusies, les malalties angioneuròtiques provocades per les vibracions mecàniques i les dermatitis produïdes per productes químics^[25].

Una altra font d'informació és la procedent de les unitats de Salut Laboral (USL). Arreu de Catalunya, 7 USL¹⁰ donen suport als centres d'Atenció Primària en determinats problemes de salut relacionats amb el treball. Això implica la gestió d'un sistema d'informació de trastorns de salut relacionats amb el treball.

Segons l'informe de la Direcció General de Recursos Sanitaris sobre els indicadors de salut laboral a Catalunya per a l'any 2002^[26], el nombre de malalties sentinella registrades va ser de 1.214, amb un increment superior al 31% respecte a 2001. Això suposa una incidència de 5,2 per 10.000 treballadors afiliats al règim general. Aproximadament la meitat dels casos corresponien a dones.

Pel que fa a l'ocupació, el grup de casos més nombrosos va ser el d'"Operadors, instal·ladors, muntadors" amb un 17,5% i *ex aequo* el dels "Treballadors no qualificats" de serveis i de construcció amb un 10% respectivament.

La branca d'activitat representada més sovint és la de les indústries manufactureres amb un 31,8% de tots els casos.

Les patologies més declarades a les USL són, amb escreix, les dorsopaties (25,3%) i els reumatismes -excloent-ne l'esquena (22%)-, seguides de les causes externes que ocasionen lesions (12,3%) i les malalties mentals (10,5%).

¹⁰ <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir146/doc5528.html>

3. CONDICIONS DE VIDA I TREBALL

3.1 INTRODUCCIÓ

Les dones i els homes tenen diferents patrons de morbiditat i mortalitat. Elles pateixen més trastorns crònics com migranyes, al·lèrgies, reumatisme o artritis. A més, presenten més problemes de salut mental de naturalesa ansiosodepressiva. L'esperança de vida dels homes és, però, més curta. Òbviament, les diferències en la salut entre les dones i els homes estan determinades per diferències biològiques que no es limiten als sistemes reproductius, sinó que impliquen un ampli ventall d'influències genètiques, hormonals i metabòliques. Malalties específiques de cada sexe com ara el càncer de cèrvix o el de pròstata són els exemples més obvis. Però hi ha una evidència creixent de les diferències de sexe en la incidència, els símptomes i el pronòstic de molts trastorns de salut que inclouen la infecció pel VIH, les malalties tropicals, la tuberculosi, els problemes autoimmunes i les malalties cardiovasculars, entre d'altres^[27]. Així mateix, les característiques de gènere, socialment construïdes, són determinants importants de la capacitat de les dones i dels homes per desenvolupar el seu potencial de salut.

L'anàlisi de les desigualtats en la salut ha estat consistent amb la divisió sexual del treball tradicional que assigna als homes un paper central en l'àmbit laboral i públic i a les dones un paper protagonista en la vida familiar i l'àmbit privat. Així, mentre la salut entre els homes ha estat basada en les desigualtats determinades per la classe social, habitualment mesurada a través de l'ocupació, en les dones ha adoptat un marc de rols que emfasitza el seu paper com a esposes i mares i considera el treball remunerat com un rol addicional^[28].

Des del naixement, les dones i els homes són socialitzats de forma diferent, experimenten diferents processos biològics i distintes interaccions amb la família, les amistats i les institucions socials. Així es determinen, d'una banda, diferents valors i actituds i, de l'altra, diferents recursos i oportunitats segons el gènere en les dues esferes en què tradicionalment s'ha dividit la vida social, que són la vida familiar i la laboral. S'espera que els homes en edat de treballar es dediquin fonamentalment a la seva vida professional, mentre que de les dones, especialment de les casades i/o mares, la norma social dicta que prioritzin les seves responsabilitats familiars no pagades. En aquesta rígida divisió de la vida social, el món masculí gaudeix de més poder i reconeixement social, mentre que el femení queda relegat a la invisibilitat i la manca de valor social.



Hi ha la percepció general que el lligam de les dones al mercat de treball és menor, o menys imperatiu, que el dels homes. La posició de les dones en el mercat de treball sovint és considerada en referència implícita o explícita al seu treball en l'esfera privada, com si es donés per descomptat la seva responsabilitat en la família^[29]. Aquesta divisió sexual del treball impregna tots els nivells de la societat, fins i tot les perspectives de recerca.

La incorporació de la dona al mercat laboral qüestiona la rígida divisió sexual dels rols, però elles viuen en pitjors condicions. Al mercat laboral ocupen els llocs menys qualificats, tenen més dificultats de promoció, salaris més baixos i estan més exposades a l'atur i la precarietat laboral. A més, continuen sent les principals responsables de la feina de la llar, tot i estar ocupades^[29]. Hi ha desigualtats de gènere al treball derivades d'una desigual distribució d'homes i de dones en el mercat laboral i en el treball domèstic; d'un mercat laboral amb més atur i precarietat entre les dones i d'una segregació horitzontal i vertical que determina diferències i desigualtats de gènere en l'exposició als riscos laborals i en la salut. Hi ha també desigualtats de classe per les quals les persones de classes més desfavorides estan exposades a més atur i precarietat, a més riscos laborals i tenen pitjor salut.

EL BIAIX DE GÈNERE EN L'ABORDATGE DE LA SALUT LABORAL

L'abordatge tradicional de la salut laboral centrat en els accidents de treball ha portat a l'assumpció generalitzada que la salut laboral s'associa exclusivament a condicions de treball físicament perilloses lligades a ocupacions amb perfils clarament masculins. Malgrat aquesta visió reduccionista, encara predominant, l'evolució de les condicions laborals, dels mètodes de treball i de les noves formes de producció ha estat responsable de l'aparició de nous factors de risc que han transformat significativament el concepte de la morbiditat lligada al treball.

En aquest context, la Comissió Europea^[11] estableix entre els seus objectius integrar la dimensió d'igualtat entre homes i dones en l'avaluació de riscos i en les mesures preventives, de manera que es considerin les diferències entre ambdós sexes en relació amb la salut laboral. Aquesta visió de la salut laboral requereix ampliar el concepte de risc basat en la seguretat i higiene als riscos ergonòmics i psicosocials que es converteixen en els de més impacte en la salut en el mercat laboral actual. Exigeix també ampliar el concepte de salut laboral centrat en els accidents i les malalties professionals a altres indicadors de salut general i conductes relacionades amb la salut que en bona mesura estan lligats al treball.

3.2 L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA DE 2002 (ESCA02)

Els objectius d'aquesta secció són: 1) descriure les desigualtats de gènere en el treball remunerat i en el treball domèstic; 2) descriure les desigualtats de gènere en la salut, i 3) examinar les diferències de gènere en els hàbits relacionats amb la salut. Les fonts de dades són les estadístiques d'accidents de treball i malalties professionals, les de mortalitat general i l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA02), representativa de la població catalana. Aquesta última aporta dades sobre l'exposició a riscos laborals, conductes relacionades amb la salut i indicadors de salut laboral diferents dels accidents de treball i malalties professionals. Amb les dades de l'ESCA02 s'exploren, a més, les diferències de classe social.

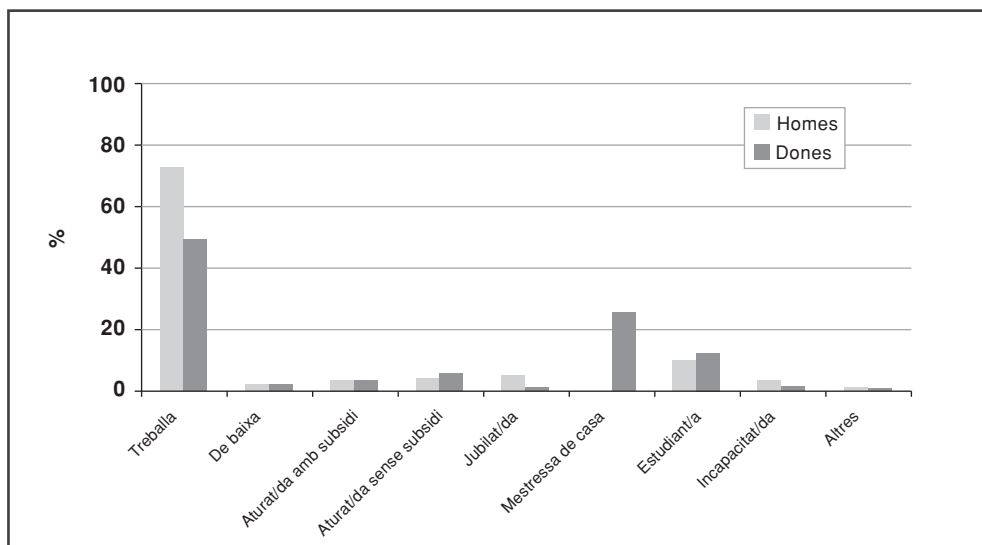
La classe social s'ha mesurat mitjançant una classificació àmpliament utilitzada a Espanya basada en la classificació britànica^[30]. La classe I inclou llocs de direcció i professionals; la classe II són ocupacions intermèdies i gerents de comerç; la classe tres són treballadors no manuals qualificats; la classe IV són treballadors manuals qualificats o semiqualicats; la classe V són treballadors manuals no qualificats. A causa del baix nombre d'individus en algunes categories, la variable original es transforma al llarg de l'anàlisi amb una altra amb tres categories: classes I/II, III i IV/V. També en algunes ocasions al llarg del capítol es parla de treballadors en dues categories, no manuals (I/II/III) i manuals (IV/V). La classe social és una aproximació als recursos materials de les persones, però en el cas de la població ocupada també ho és a la qualificació del treball, superior entre els individus de classes superiors.



LES CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ EN EDAT DE TREBALLAR

Entre les persones de 16 a 64 anys entrevistades a l'ESCA02, la població ocupada era majoritària entre els homes (72,8%) i constituïa gairebé la meitat entre les dones. La proporció de dones treballant a temps complet com a mestresses de casa era del 25,8%, mentre que entre els homes era pràcticament testimonial. L'atur era més habitual entre les dones (8,2% en comparació de 7,3%) i també ho era la proporció que en aquest col·lectiu representaven les persones sense prestacions econòmiques d'atur. Entre aquest últim grup, el 13,2% dels homes i el 5,9% de les dones no havia treballat mai, és a dir, cercaven feina per primera vegada (Figura 3.2.1).

Figura 3.2.1 Situació laboral de la població ocupada de 16 a 64 anys segons el sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

A continuació es descriuen a fons les condicions de vida i de treball, l'estat de salut i els hàbits de vida de la població ocupada. Després es descriuen més breument els mateixos indicadors per a la població aturada i per a les mestresses de casa.

LA POBLACIÓ OCUPADA

Les condicions de treball

Al mercat laboral de Catalunya, com a d'altres països, existeix una clara segregació de gènere de caràcter horitzontal, és a dir, dones i homes treballen en diferents ocupacions. La segregació ocupacional¹¹ com a resultat de les actituds culturals i socials respecte al que constitueix el treball “masculí” o “femení” varia en extensió d'un país a un altre i segons l'ocupació. Les dones es concentren sobretot en les professions feminitzades com la sanitat, l'ensenyament i la neteja (segregació horitzontal) on paral·lelament romanen en categories més baixes que els homes (segregació vertical). És important ressaltar que, segons l'OIT, les dones que trien ocupacions tradicionalment “masculinitzades” com el dret, les tecnologies de la informació i la comunicació, la informàtica i l'enginyeria afronten sovint riscos com ara l'aïllament, un accés limitat a models de comportament femenins i assetjament sexual.

En general, els homes són majoria entre els directius, alts executius i en els nivells superiors de les ocupacions professionals, mentre les dones romanen encara concentrades en les categories inferiors dels llocs directius. S'han establert regles, visibles i invisibles, entorn de la norma “masculina” a la qual les dones a vegades troben difícil adaptar-se: els col·legues, independentment del seu sexe, i els clients no consideren automàticament les dones com a iguals; generalment elles han de treballar més durament que els homes per provar-se a elles mateixes i, de vegades, han d'adoptar estils i actituds “masculines” de treball. A més, les dones tendeixen a ser excloses de les xarxes informals dominades pels homes dins de les empreses, les quals són essencials per a la seva carrera professional. El problema s'agreuja per la suposició dels empresaris que les dones, a diferència dels homes, no són capaces de dedicar tanta energia i el seu temps al treball remunerat a causa de les seves responsabilitats familiars.

A Catalunya, mentre l'any 2004 la proporció de dones al sector dels serveis era de 80,3%, la proporció d'homes era de 49,4%. D'altra banda, en el sector de la indústria i de la construcció treballaven el 30,5% i el 16,8 dels homes respectivament; els percentatges corresponents entre les dones eren 16,8% i 1,8%^[31]. A més, el ventall d'ocupacions de les dones és sensiblement inferior al dels homes. Segons l'ESCA02, el 50% dels homes es distribuïen entre les 23 ocupacions més freqüents, mentre que el mateix percentatge de dones es distribuïa entre només 10 ocupacions.

¹¹ Per segregació ocupacional per raons de gènere, s'entén que un sexe predomina en tal mesura en una categoria específica que pot ser considerat com a “masculina” o “femenina”.

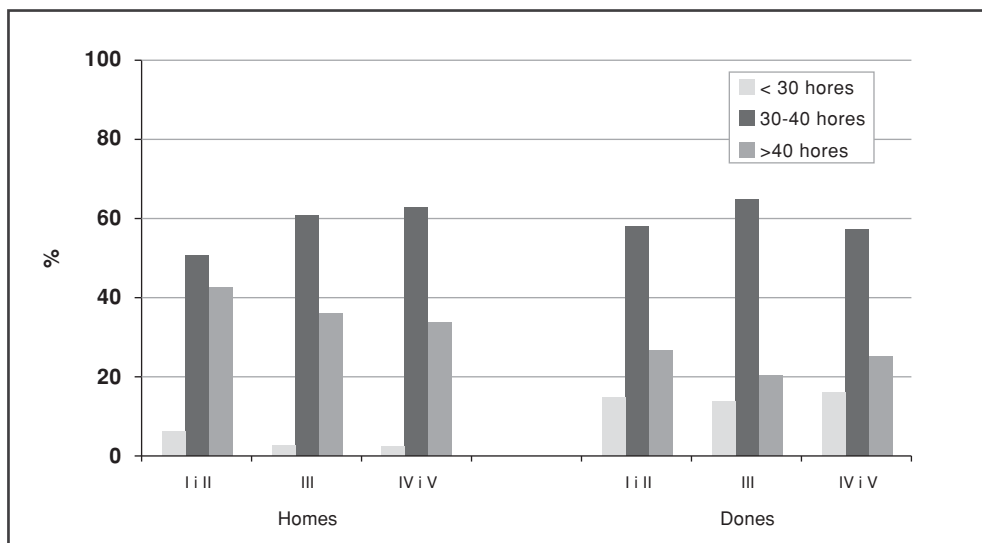


Però, a més, també hi ha una segregació vertical. Així, encara que el 2002 el nivell d'estudis de les dones era notablement superior al dels homes (el 25% tenia estudis universitaris en comparació del 16,4% entre els homes ocupats menors de 65 anys), no existien diferències de gènere en la distribució segons la qualificació del treball mesurada amb la classe social ocupacional. A més, segons l'ESCA02, el 19,9% dels homes assalariats tenien treballadors al seu càrrec; la proporció entre les dones era del 10,1%. Aquestes diferències eren independents de l'edat i del nivell d'estudis.

El temps de treball

Segons l'ESCA02^[32], el temps de treball remunerat és superior entre els homes, que l'any 2002 dedicaven una mitjana de 42,7 hores setmanals en comparació de 37,9 hores entre les dones. D'acord amb aquesta font, mentre només el 3,6% dels homes treballaven a temps parcial (menys de 30 hores), la proporció entre les dones era del 14,6%. Així mateix, cal ressaltar que el 39,2% dels homes dedicava al treball remunerat més de 40 hores; el percentatge corresponent entre les dones era de 23,8%. Mentre que entre les dones no s'aprecia associació amb la classe social, entre els homes treballar més de 40 hores era més freqüent entre els treballadors més qualificats (Figura 3.2.2).

Figura 3.2.2 Hores de treball remunerat a la setmana segons el sexe i la classe social.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Hi ha diferències en el temps dedicat al treball remunerat, lligades al paper tradicional dels homes en l'àmbit familiar com a principals proveïdors econòmics de la llar. Amb l'augment de la grandària de la família, ells dediquen més temps al treball remunerat per augmentar els ingressos necessaris per a una família més nombrosa. Si entre els homes sense fills o filles, el 33,9% dedica més de 40 hores al treball remunerat, el percentatge corresponent entre els que tenen dues o més criatures és de 43,0%. No hi ha un patró consistent per a aquesta variable entre les dones.

L'any 2002, el 2,1% dels homes i l'1,5% de les dones treballaven de nit. Més freqüent era treballar amb torns rotatoris (6,4% dels homes i 5,1% de les dones), sobretot entre els treballadors manuals (7,8%, sense diferències de sexe).

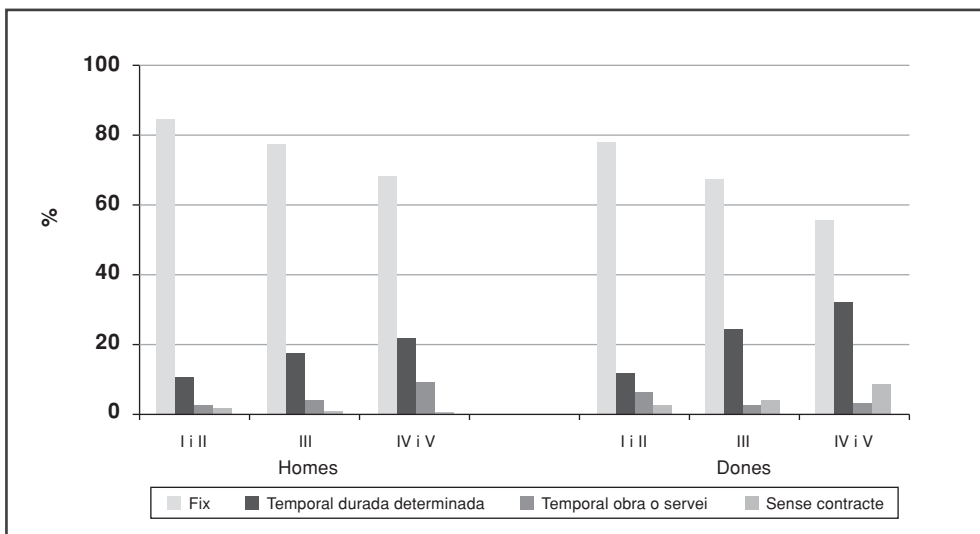
La precarietat laboral

En els últims anys, des de l'àmbit polític i econòmic s'ha promogut la flexibilització del treball com a forma d'afrontar els canvis tecnològics i la globalització. De resultes d'això ha crescut la inestabilitat laboral. Espanya és un paradigma d'aquesta tendència amb la taxa més alta de contractació temporal de la Unió Europea dels 15 (UE-15)^[33]. Encara que a Catalunya les xifres de contractació temporal són lleugerament inferiors a les del conjunt de l'Estat espanyol, són altes en comparació amb la UE-15.



En el segon trimestre de 2004, el 21,7% dels assalariats catalans treballaven amb un contracte temporal^[34]. La contractació temporal era superior entre les dones (23,7% en comparació del 20,1%). La contractació temporal o treballar sense contracte era en ambdós sexes superior entre les classes menys afavorides (Figura 3.2.3). És interessant ressaltar que, segons l'ESCA02, l'any 2002 l'1,3% dels homes assalariats i el 4,8% de les dones treballaven sense contracte.

Figura 3.2.3 Contractació temporal en població assalariada catalana segons el sexe i la classe social.



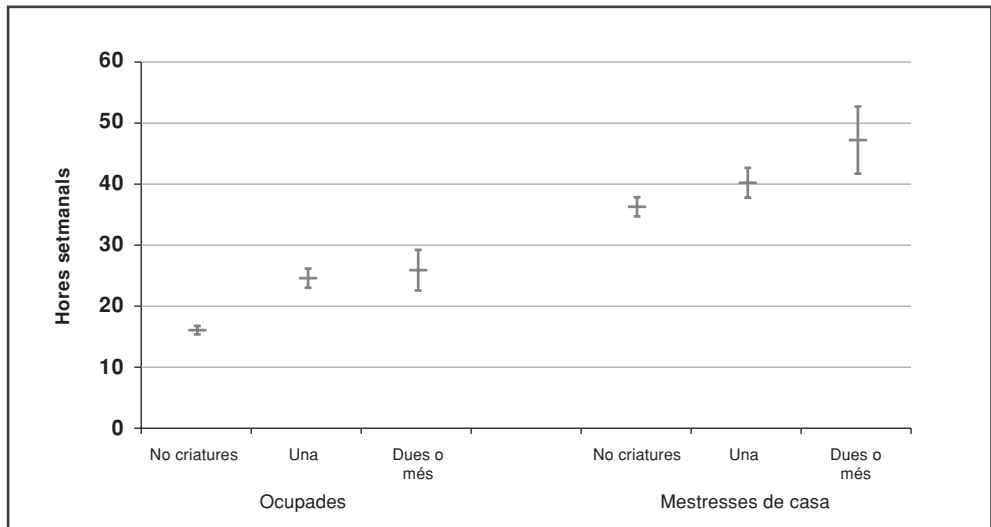
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

El treball domèstic

L'estudi de les desigualtats de gènere en la distribució del treball domèstic és fonamental en l'anàlisi de les diferències de gènere en l'impacte del treball sobre la salut. La menor participació de les dones al mercat laboral i la segregació de gènere s'expliquen en bona mesura per l'exclusiva atribució de l'esfera domèstica a les dones.

A Catalunya, el temps dedicat al treball domèstic és superior, òbviament, entre les dones que es defineixen com a mestresses de casa. L'any 2002, entre les menors de 65 anys casades o que vivien en parella, mentre les ocupades dedicaven una mitjana de 18,5 hores setmanals al treball domèstic, les mestresses de casa hi dedicaven 20 hores més (38,7 hores). El temps de treball domèstic s'incrementava linealment amb el nombre de criatures que vivien a casa, sobretot entre les mestresses de casa. Entre les ocupades, ressaltava l'augment de treball domèstic que suposava per a les dones passar de viure només amb la parella a fer-ho amb una criatura (Figura 3.2.4).

Figura 3.2.4 Temps de treball domèstic setmanal en dones casades o que viuen en parella segons la situació laboral i el nombre de criatures a la llar (mitjana i interval de confiança del 95%).

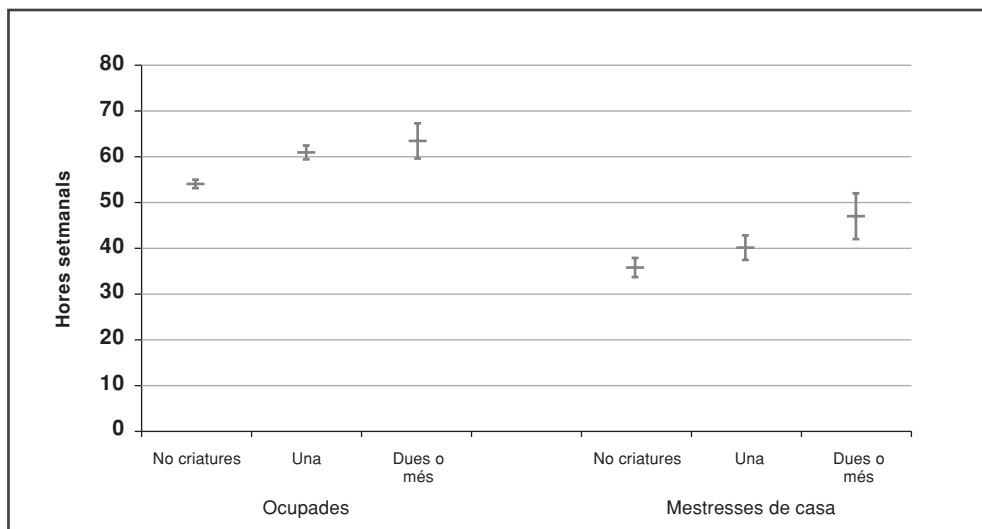


Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).



El temps de treball total és, però, significativament més alt en les dones ocupades, que registren una mitjana de 56,2 hores, una xifra que arriba a 63,4 hores entre les que tenen dos o més fills (Figura 3.2.5).

Figura 3.2.5 Temps de treball total segons la situació laboral i el nombre de criatures a la llar (mitjana i interval de confiança del 95%).



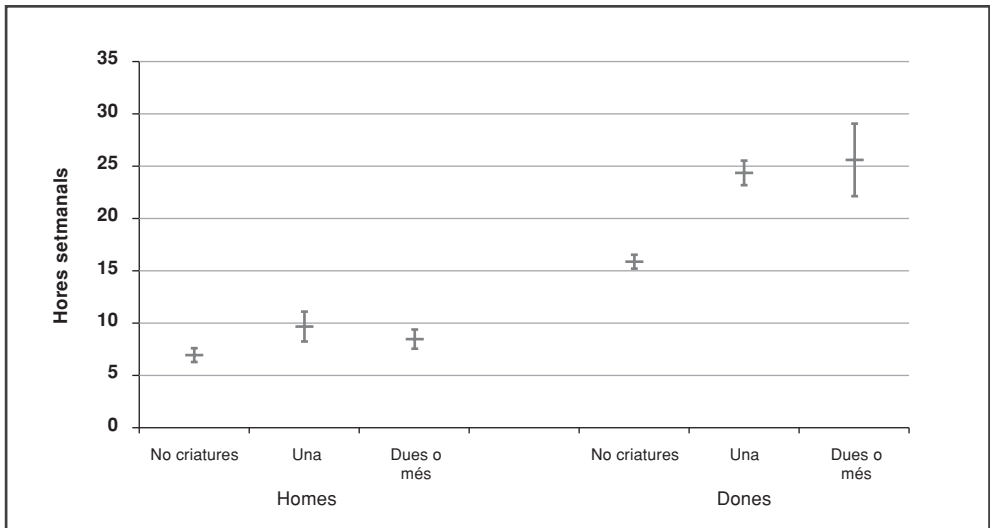
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Molts homes i dones volen tenir un treball remunerat satisfactori i una vida familiar feliç. Tanmateix, per a moltes dones aquesta aspiració és molt difícil, ja que continuen sent les principals responsables de les tasques domèstiques. Per tant, sovint han de triar entre el treball remunerat i la família, o han de donar prioritat a una per sobre de l'altra en algun moment de la seva vida. Els homes semblen ser capaços de tenir-ho tot més fàcilment, però generalment la seva participació en les tasques de la llar dista de ser igual a la de les seves parelles.

Segons l'ESCA02, entre les persones ocupades menors de 65 anys, casades o que vivien en parella, les dones treballaven a casa una mitjana de 18,5 hores a la setmana, mentre els homes en feien 7,9. A més, mentre que entre les dones ocupades la dedicació al treball domèstic s'incrementava amb el nombre de criatures a la llar, entre els homes no hi havia diferències. Ressalta l'increment en el temps de treball domèstic entre les dones quan tenen la primera criatura. Així, si en les que viuen en parella dediquen com a mitjana d'hores de treball domèstic setmanal al voltant de 15 hores, les que tenen una criatura

en dediquen gairebé 25 (Figura 3.2.6). No és estrany que s'hagi qualificat l'àmbit privat com el reducte més amagat i no regulat on s'exerceix el poder, l'autoritat i el control sobre l'extracció de la força de treball [35].

Figura 3.2.6 Temps de treball domèstic setmanal segons el sexe i el nombre de criatures a la llar en persones ocupades menors de 64 anys casades o que viuen en parella.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

La conciliació s'ha produït tradicionalment per dues vies. La primera ha estat la divisió sexual del treball i la separació dels papers dels homes i de les dones. Ells han assumit el treball remunerat i elles el no remunerat en l'àmbit privat. La segona via de conciliació ha estat l'acumulació de tasques, que segueix sent la via més utilitzada per la majoria de les dones ocupades que no troben altra solució per resoldre la compaginació de la vida laboral i familiar.

Ambdues vies, però, són clares evidències de les desigualtats de gènere en la societat. Per això comencen noves estratègies d'ajustament: la reducció d'objectius, la delegació del treball domèstic en altres persones o grups socials, la seqüenciació (per exemple, els permisos parentals o les excedències), la derivació cap al mercat i les institucions (guarderies, transport escolar, residències per a familiars grans, treballadores de la llar...) i el repartiment de tasques. Fins ara, però, el repartiment de les tasques domèstiques entre els dos sexes ha variat molt poc. La incorporació de les dones al mercat laboral no ha estat acompanyada d'una assumpció paral·lela del treball domèstic per part dels homes. I és que encara estant ocupades, les dones continuen assumint la major part del treball de la llar.



Els factors de risc laboral

Les condicions de treball i l'entorn laboral són font de riscos per a la salut per a ambdós sexes. Les diferències de gènere en els riscos laborals vénen determinades per les diferents exposicions derivades de la profunda segregació de gènere del mercat laboral. En general, no hi ha grans diferències de sexe en la resposta biològica als riscos físics, químics o biològics^[36] però els riscos laborals de les dones han estat tradicionalment subestimats perquè els estàndards de salut i seguretat s'han basat en models masculins centrats en les ocupacions típicament masculines^[37]. L'examen de les diferències entre els dos sexes s'ha centrat en els sistemes reproductius o en suposades diferències psicològiques entre els homes i les dones. La recerca en salut laboral de les dues últimes dècades demostra, però, que les diferències entre grups de treballadors s'expliquen fonamentalment per la variabilitat individual i no per diferències biològiques entre els dos sexes^[38].

La segregació horitzontal i vertical del treball determina l'exposició a riscos diferents per part d'homes i de dones. Ells estan més exposats als riscos tradicionals de seguretat i higiene relacionats amb els accidents de treball i les malalties professionals. Tanmateix, d'acord amb la III Enquesta europea de condicions del treball (2000)^[21], el treball de les dones és més monòton, amb menys participació en la planificació, amb més exigències, més assetjament psicològic i sexual, amb salaris inferiors, més contacte amb el públic, menys perspectives de promoció, més atur i més precarietat laboral. Totes aquestes característiques dibuixen un entorn psicosocial més advers per a elles.

L'any 2002, el 34,6% dels homes i el 23,8% de les dones afirmaven estar exposats a algun risc laboral. Com s'aprecia a la Taula 3.2.1, la majoria dels riscos laborals eren més freqüents entre els homes¹². Ressalta la baixa autonomia sobre el treball. Al voltant de la meitat dels treballadors i les treballadores afirmaven que moltes vegades o sempre no treballen "al seu aire". També destaca la manca de varietat de la feina. És important tenir en compte la proporció, al voltant del 30%, de treballadors i treballadores que han de treballar massa. Pel que fa als riscos de naturalesa física, cal assenyalar l'alta proporció de treballadors i treballadores que fan moviments repetitius de braços o mans (48,4%).

¹² La llista de factors de risc laboral inclosos a l'ESCA02 recull fonamentalment factors de risc laboral clàssica, més freqüents en les ocupacions típicament masculines.

Taula 3.2.1 Població ocupada exposada moltes vegades o sempre a diferents factors de risc laboral segons el sexe.

	Homes	Dones	Total
Volum de soroll que obliga a aixecar veu	19,1	13,3	17,4
Pol·lució de l'aire	23,2	14,6	20,2
Aixecar pesos de més de 15 kg	30,6	10,5	23,3
Moviments repetitius braços o mans	46,8	49,3	48,4
Productes tòxics	10,7	7,6	9,8
Risc elèctric	9,8	3,6	7,6
Risc de cremades	10,1	5,7	8,5
Risc d'accidents de trànsit	19,6	4,0	12,7
Risc d'altres accidents	5,2	1,4	3,7
Canvis de temperatura	21,6	12,2	18,3
Il·luminació inadequada	11,0	11,6	11,4
Maquinària perillosa	20,5	7,0	15,3
Postures molestes	25,7	21,6	25,3
Massa feina	33,1	28,6	31,9
Feina poc variada	26,3	32,5	29,8
No treballa al seu aire	48,9	49,0	47,8
Males relacions amb companys	2,0	1,7	2,0
Males relacions amb superiors	1,5	2,1	2,0
Treballa sol/a	22,6	23,5	22,9

Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

No s'inclouen en aquesta secció els riscos laborals de naturalesa psicosocial descrits prèviament com ara la precarietat laboral o la "doble jornada" que han d'assumir moltes dones ocupades amb responsabilitats familiars.

La salut

Les últimes dècades han estat testimoni d'un considerable activisme de les dones per millorar el seu estat de salut i la qualitat de l'assistència sanitària que reben. Recentment, però, comença a emergir una preocupació per les implicacions negatives de la "masculinitat" sobre la salut dels homes. Néixer com a home pot ser beneficiós per a la salut en la mesura que ofereix un accés privilegiat a un ampli ventall d'oportunitats i de recursos. La socialització com a home, però, implica l'exposició a comportaments de risc. Els exemples més obvis d'aquests riscos són els derivats dels accidents de treball propis d'activitats econòmiques on la representació dels homes és alta. A més d'aquests riscos del mercat laboral, molts homes es veuen obligats a adoptar hàbits de risc per "provar" la seva masculinitat. Així, ells tenen una incidència superior d'accidents de trànsit, esportius, de tabaquisme, de major consum d'alcohol o de dietes més insanes. Finalment, s'ha assenyalat que créixer com a home significa per a molts no expressar el seu potencial emocional. La necessitat de ser "dur" pot fer que els homes no acceptin les seves febleses, que no acceptin els missatges de promoció de la salut o que no utilitzin els serveis sanitaris quan els necessiten^[27].



L'estat de salut general

S'analitzen a continuació les desigualtats de gènere en quatre indicadors clàssics de salut: l'estat de salut percebut, la limitació crònica de l'activitat habitual per motius de salut, el patiment d'almenys un trastorn crònic de la salut i l'estat de salut mental mesurat amb el GHQ-12. Independentment de l'edat i de la classe social, les quatre dimensions de salut són més desfavorables per a les dones, sobretot l'estat de salut mental. Això és consistent amb el major consum de tranquil·litzants (5,5% en comparació de 3,1%) i de somnífers (2,4% en comparació de 1,4%). És interessant assenyalar que el consum de tranquil·litzants entre les dones és superior entre les que han estat prèviament casades (separades, divorciades o vídues, amb una prevalença del 13,4% en comparació del 3,6% entre les solteres i 5,5% entre les casades).

Taula 3.2.2 Prevalença de trastorns crònics segons el sexe.

	Homes	Dones	Total
Mal estat de salut percebut	12,4	16,3	14,0
Limitació crònica de l'activitat	9,8	11,4	10,4
Almenys un trastorn crònic	57,6	69,1	62,3
Mal estat de salut mental	6,5	15,4	10,1
Pressió alta	10,0	6,6	8,6
Varices	4,6	20,6	11,1
Artrosi, artritis o reumatisme	8,1	11,7	9,5
Cervicàlgia crònica	14,7	27,7	19,9
Lumbàlgia crònica	20,9	23,1	21,8
Al·lèrgies cròniques	13,4	14,4	13,8
Asma	4,2	4,6	4,4
Bronquitis	4,5	3,5	4,1
Diabetis	2,1	2,0	2,1
Úlcera	4,2	2,2	3,4
Molèsties urinàries	3,0	3,5	3,2
Colesterol elevat	8,4	7,9	8,2
Cataractes	1,1	1,4	1,2
Problemes de pell	4,3	6,0	5,0
Restrenyiment	1,6	8,5	4,4
Embòlia	0,8	0,5	0,7
Migranya o mals de cap freqüents	8,9	21,2	13,9
Mala circulació	4,1	20,8	10,9
Morenes	6,4	7,2	6,7
Tumors malignes	0,4	1,1	0,7
Osteoporosi	0,3	2,1	1,0
Anèmia	0,6	7,2	3,2
Problemes de tiroïdes	0,5	4,0	1,9

Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Tal com s'aprecia a la Taula 3.2.2, pràcticament tots els trastorns crònics de salut són més freqüents entre les dones. Ressalta l'alta proporció amb varices a les cames (20,6% en comparació de 4,6%), cervicàlgia crònica (27,7% en comparació de 14,7%), migranyes o mals de cap freqüents (21,2% en comparació de 8,9%), mala circulació (20,8% en comparació de 4,1%), anèmia (7,2% en comparació de 0,6%) o problemes de tiroïdes (4,0% en comparació de 4,0%).

L'any 2002, el 6,7% dels homes i el 9,8% de les dones afirmaven haver tingut durant els últims 15 dies algun problema de salut que, en la seva opinió, requeria atenció mèdica però no van anar als serveis sanitaris. És interessant assenyalar que la segona raó de no anar-hi, després del fet de no considerar prou greu el problema de salut (37,2% dels homes i 32,1% de les dones), era la pèrdua d'hores de treball (28,5% de la població treballadora, sense diferències de gènere).

D'acord amb l'ESCA02, el 26,2% dels homes i el 23,5% de les dones afirmaven haver patit algun accident en els últims 12 mesos; el 3,7% havia tingut un accident en els darrers 15 dies. Com s'aprecia a la Taula 3.2.3, els accidents més freqüents van ser els cops (10,4%) i els talls (8,8%). A més, tret de les cremades, la majoria dels accidents són més freqüents entre els homes. Hi ha diferències de gènere en el lloc on es produeixen els accidents. Entre els homes són més freqüents a la feina o als centres esportius; entre les dones ho són a casa o en trànsit anant o tornant de la feina o del centre de formació (Taula 3.2.3).

Taula 3.2.3 Incidència d'accidents en els últims 12 mesos segons el sexe.

	Homes	Dones	Total
Caigudes d'un nivell més alt que un altre	3,7	3,2	3,5
Caigudes en un mateix nivell	6,3	6,9	6,5
Cremades	3,3	5,4	4,2
Cops	11,7	8,4	10,4
Intoxicacions (diferents de les alimentàries)	0,3	0,3	0,3
Accidents de trànsit (conductor/passatger)	5,1	3,4	4,4
Accidents de trànsit (vianant)	0,4	0,3	0,4
Mossegades o agressions d'origen animal	0,5	0,8	0,6
Talls	9,7	7,4	8,8

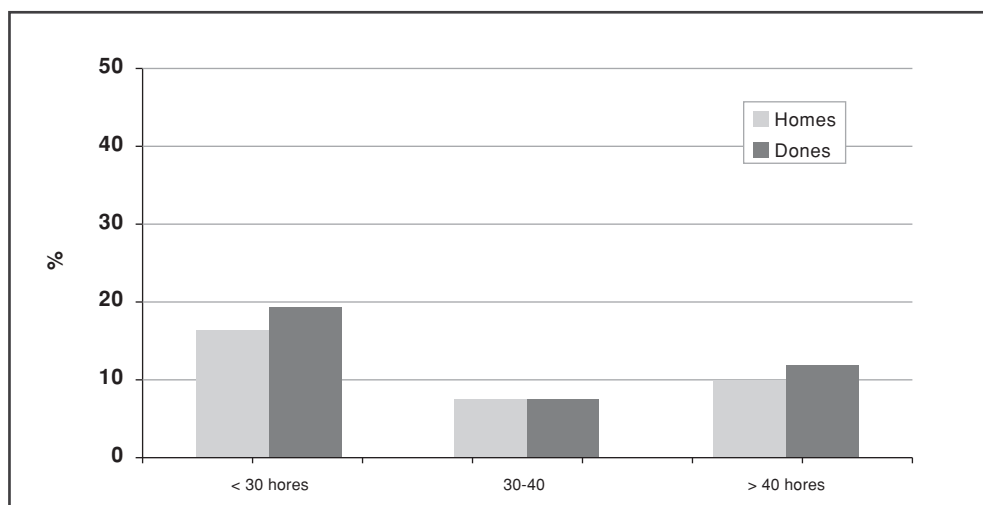
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).



La insatisfacció laboral

L'any 2002, el 9,0 % dels treballadors i el 10,5 % de les treballadores es declaraven insatisfets o molt insatisfets amb la seva feina. En ambdós sexes el grau de satisfacció era inferior entre les persones que treballaven a temps parcial. Si entre els homes amb jornada a temps parcial, el 16,7 % afirmaven sentir-se insatisfets o molt insatisfets amb la seva feina, entre els qui feien jornades entre 30 i 40 hores la insatisfacció se situava en el 8,0 %. Els percentatges corresponents en les dones van ser de 19,6 % i 7,8 % respectivament (Figura 3.2.7).

Figura 3.2.7 Insatisfacció laboral segons el sexe i el temps de treball remunerat segons el sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

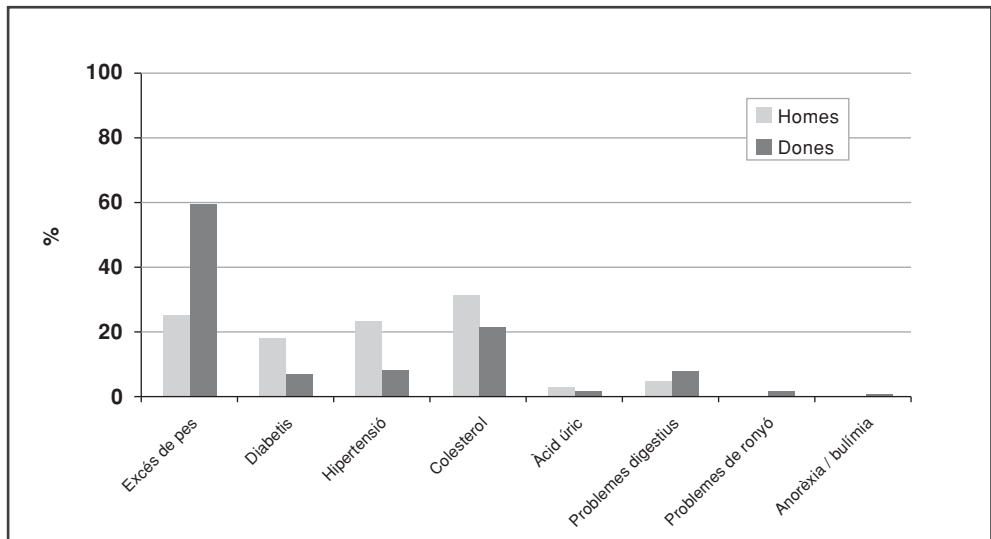
S'ha de tenir en compte que les formes de relacions laborals flexibles –treballar amb contractes temporals o sense contracte– són molt més freqüents entre els treballs a temps parcial. L'any 2002, el 46% dels homes i el 39,7% de les dones amb jornada parcial tenien contracte temporal, mentre les proporcions entre els que treballaven de 30 a 40 hores setmanals eren de 19,9% i 24,9% respectivament. A més, el 10,3% dels homes amb jornada parcial i el 16,8% de les dones treballaven sense contracte, mentre que entre les persones que treballaven de 30 a 40 hores les proporcions eren de 0,8% i 2% respectivament.

ELS HÀBITS RELACIONATS AMB LA SALUT

L'alimentació

El 2002, el 8,8% dels treballadors i el 12,3% de les treballadores afirmaven seguir alguna dieta o règim especial de forma continuada per motius de salut. Com s'aprecia a la Figura 3.2.8, hi ha diferències de gènere en les raons per les quals la població ocupada segueix una dieta. Mentre la més freqüent entre les dones és l'excés de pes, entre els homes predominen els problemes de salut com ara la hipertensió, la diabetis o la hipercolesterolèmia. En ambdós sexes la majoria dels treballadors segueix dieta per recomanació mèdica (66%, sense diferències de gènere). El 23,4% afirma fer dieta per decisió pròpia (sense diferències de gènere).

Figura 3.2.8 Motius de salut pels quals se segueix una dieta segons el sexe.



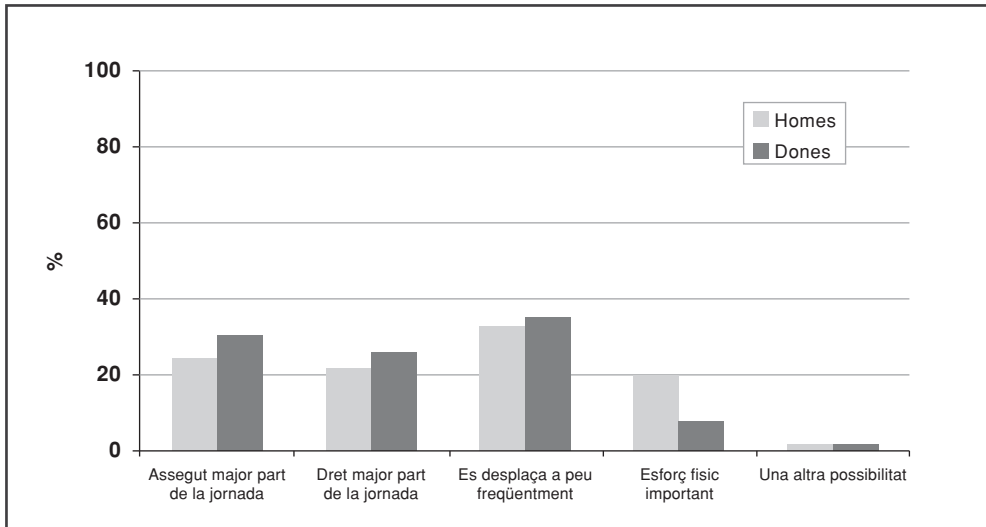
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).



L'activitat física

La segregació del mercat laboral determina diferències de gènere en l'activitat física habitual. Mentre que la realització d'un esforç físic habitual és més freqüent entre els homes, entre les dones és més freqüent estar assegudes la major part de la jornada (Figura 3.2.9).

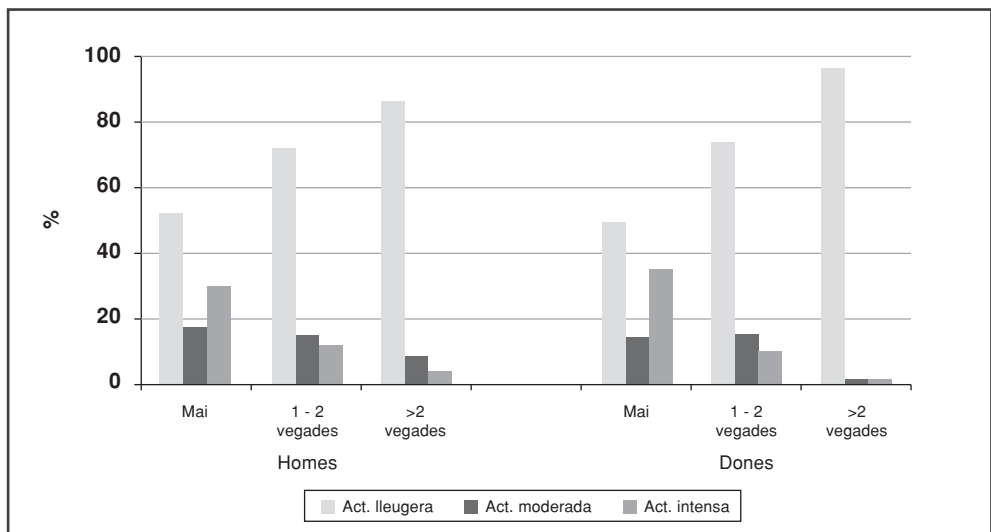
Figura 3.2.9 Activitat física habitual en la població ocupada segons el sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

La població ocupada fa poca activitat física en el temps de lleure. Aproximadament la meitat afirma no fer ni una sola vegada a la setmana una activitat lleugera (caminar, jugar a la petanca, vela, muntar a cavall, ioga o similars) de més de 20 minuts. Entre les diferències de gènere cal destacar que l'activitat física és més freqüent i intensa entre els homes (futbol, basquet, hoquei, ciclisme de competició, natació de competició, esquaix, arts marcial o similars), cosa que té a veure amb patrons diferents de socialització en relació amb l'esport per als homes i les dones i amb la menor disponibilitat de temps de lleure entre les segones (Figura 3.2.10).

Figura 3.2.10 Activitat física setmanal en el temps de lleure segons intensitat de l'activitat segons el sexe.



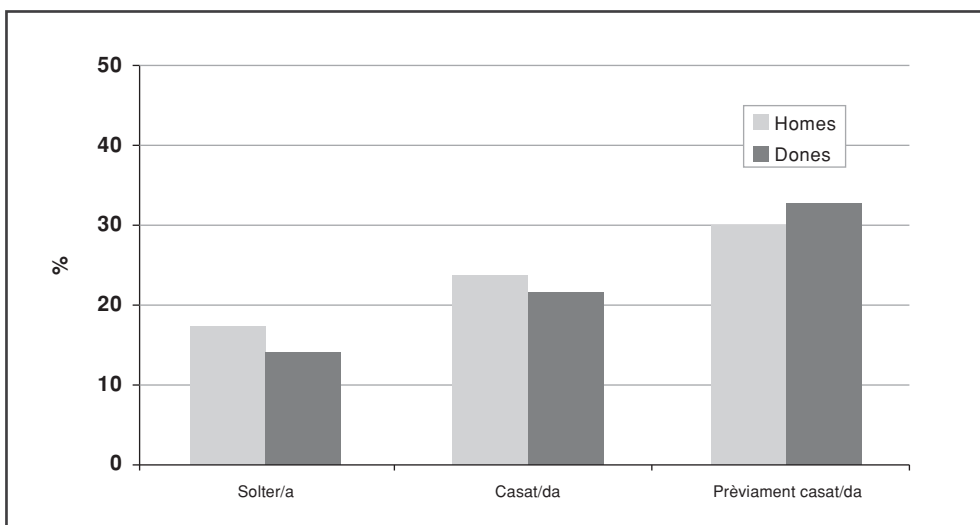
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).



Les hores de son

No hi ha diferències de gènere en les hores de son diàries. La població ocupada de Catalunya dorm una mitjana de 7,2 hores diàries. Un 21% dorm 6 hores o menys. En ambdós sexes, dormir 6 hores o menys s'associa amb l'estat civil. Les persones que més dormen són les solteres i les que menys les prèviament casades. Entre aquestes últimes, al voltant de la tercera part dorm 6 hores o menys (Figura 3.2.11).

Figura 3.2.11 Persones que dormen 6 hores o menys al dia segons el sexe.

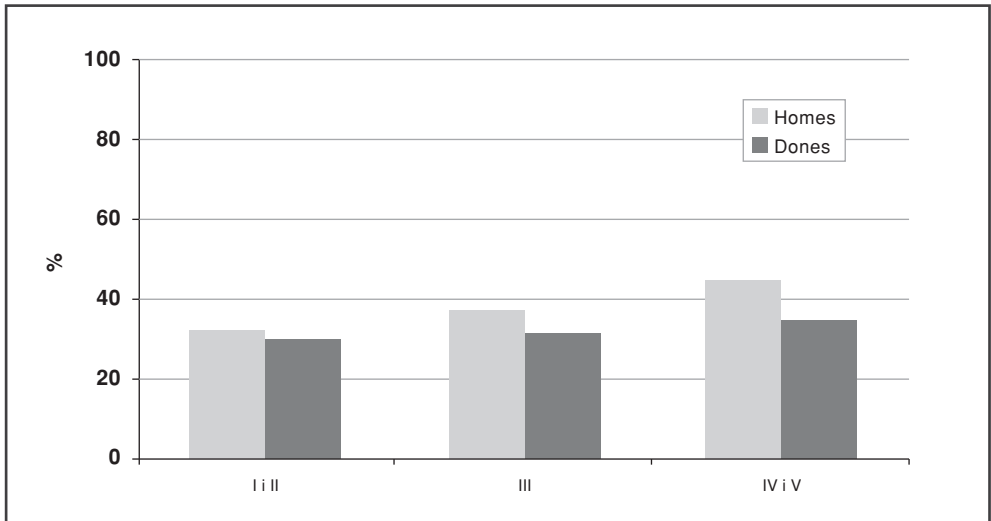


Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

El tabaquisme

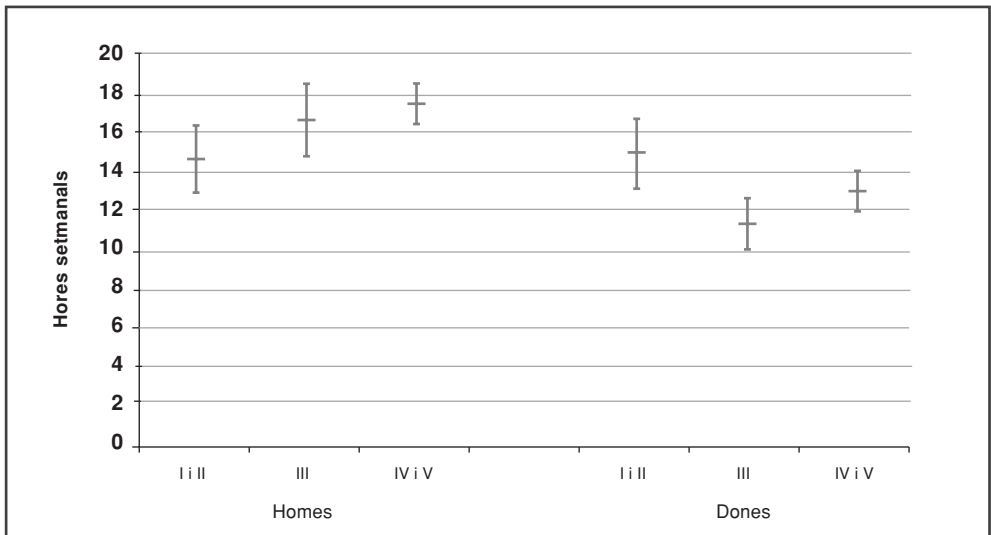
El 40,6% dels homes ocupats i el 32,9% de les dones fumen diàriament. L'edat mitjana de començament de l'hàbit tabàquic és de 17 anys, sense diferències de gènere. El consum diari de cigarrets entre les persones fumadores és significativament més alt entre els homes (16,8% en comparació de 12,9%). Independentment de l'edat, la prevalença de tabaquisme és superior entre les persones de classes menys afavorides, si bé les diferències són més accentuades entre els homes (Figura 3.2.12). Hi ha també diferències de classe social en el nombre diari de cigarrets consumits pels fumadors, en els homes és superior entre els treballadors manuals i en les dones entre les de classes més afavorides (Figura 3.2.13).

Figura 3.2.12 Prevalença de tabaquisme segons el sexe i la classe social.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Figura 3.2.13 Cigarrets diaris segons el sexe i la classe social (mitjana i interval de confiança del 95%).

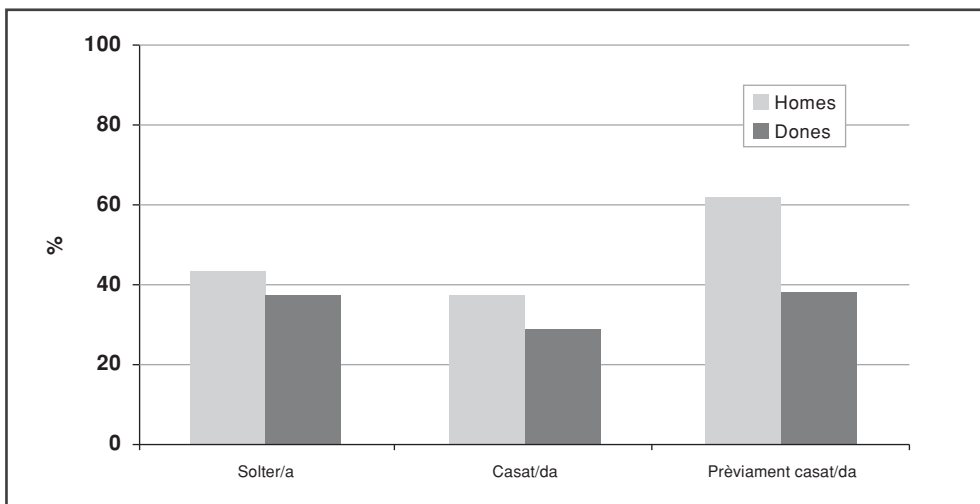


Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).



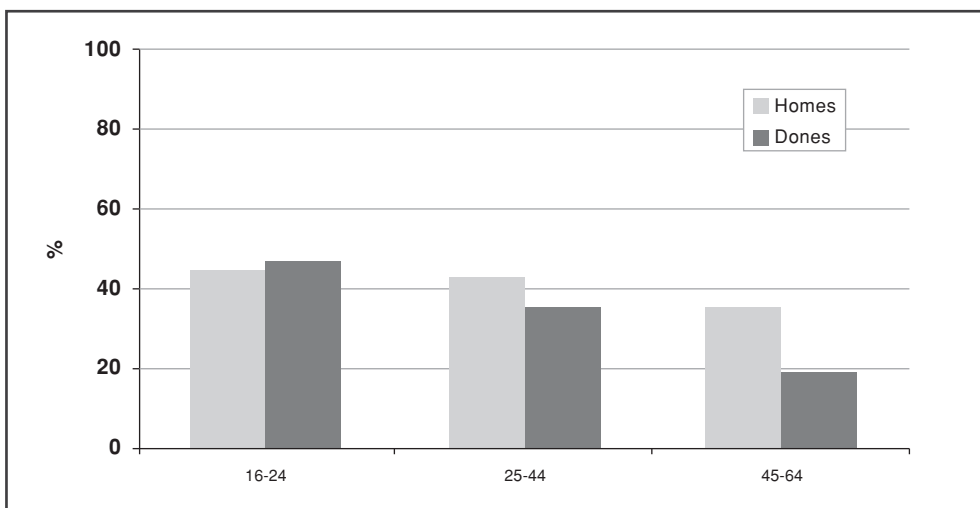
En ambdós sexes l'hàbit tabàquic és més freqüent entre les persones prèviament casades, de forma més marcada entre els homes (Figura 3.2.14). A més, entre les dones hi ha clares diferències d'edat, que no s'observen entre els homes: la prevalença de tabaquisme és significativament més alta entre les més joves (Figura 3.2.15).

Figura 3.2.14 Prevalença de tabaquisme segons el sexe i l'estat civil.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Figura 3.2.15 Prevalença de tabaquisme segons el sexe i l'edat.



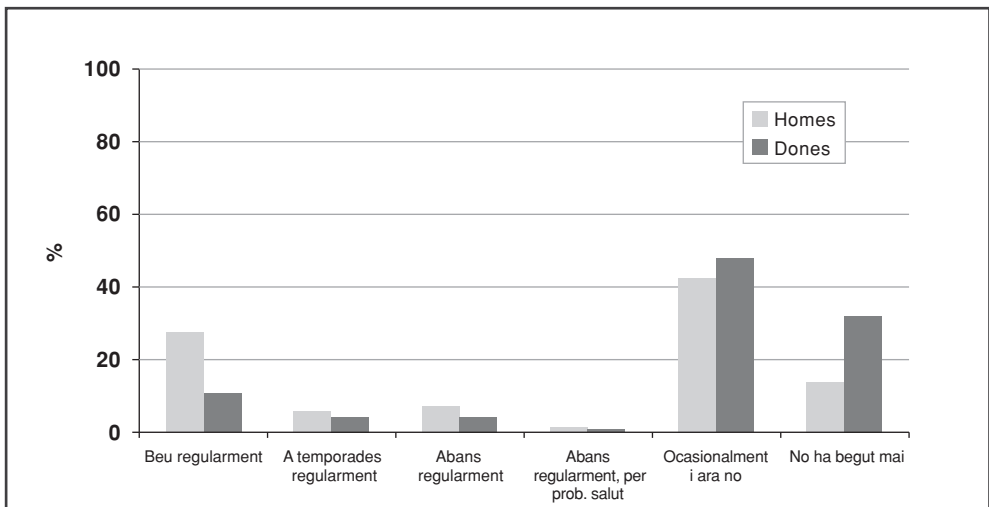
Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

El 36% dels fumadors ha intentat deixar de fumar en els últims 12 mesos, sense diferències de gènere.

El consum d'alcohol

El consum d'alcohol és superior entre els homes. Mentre que el 28% dels homes afirma haver begut i beure regularment, la proporció corresponent entre les dones és de l'11% (Figura 3.2.16). El consum s'incrementa el cap de setmana. Entre els homes, el 54% diu que no beu res els dies laborables; els caps de setmana la proporció d'abstemis disminueix al 30,7%. Entre les dones, els percentatges corresponents són 82,4% i 56,6%.

Figura 3.2.16 Comportament en relació amb l'alcohol segons el sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

L'impacte de la doble jornada sobre la salut i els estils de vida

Les desigualtats de gènere en el treball domèstic tenen conseqüències sobre la salut de les dones. Estudis realitzats a diferents indrets, Catalunya^[39-40], Euskadi^[41], Navarra^[42] i València^[43], evidencien l'impacte negatiu de la doble jornada sobre diferents indicadors de salut en les dones, però cap associació entre els homes. A més, a Catalunya i Euskadi s'ha documentat que aquest efecte es limita a les treballadores de classes més desfavorides. Aquesta troballa suggereix que les dones de classes benestants, quan intenten compaginar la vida laboral i familiar, poden pagar els recursos necessaris per fer-ho, mentre les menys privilegiades sembla que financen la conciliació amb la seva pròpia salut. Qüestiona, a més, les polítiques de conciliació o de famílies nombroses basades en beneficis econòmics fixos que no tenen en compte la situació econòmica de la unitat familiar.



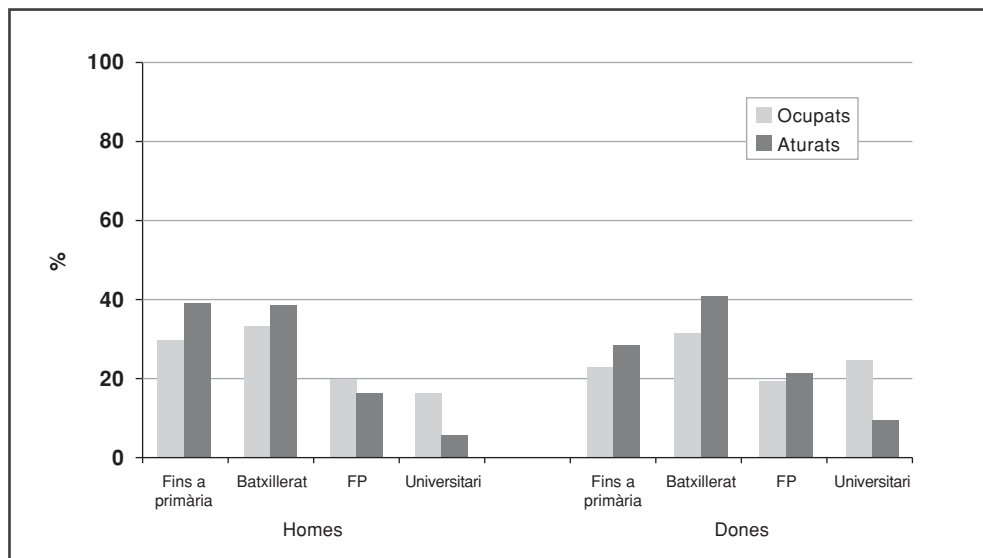
Les dificultats per compaginar la vida laboral i la familiar qüestionen també algunes polítiques de promoció de la salut. Per exemple, a Catalunya les dones fan menys exercici físic que els homes en el seu temps de lleure, cosa que es pot atribuir en part als diferents patrons de socialització des de la infantesa. Però, a més, s'ha documentat que entre les dones ocupades el sedentarisme i la manca d'hores de son s'incrementen en augmentar la càrrega de treball domèstic. És a dir, les dones reben missatges de promoció de la salut que recomanen fer esport i dormir un nombre d'hores adequat, però al mateix temps no hi ha polítiques que facilitin aquests hàbits saludables mitjançant la reducció del treball domèstic. Paradoxalment, aquests missatges de la promoció de la salut contribueixen a culpabilitzar les dones perquè no els poden seguir, en comptes de tenir un efecte positiu.

LA POBLACIÓ ATURADA

Les condicions de vida

Entre la població de 16 a 64 anys entrevistada a l'ESCA02, el 6,5% dels homes i el 7,7% de les dones estaven en situació d'atur i havien treballat amb anterioritat. La meitat dels homes en aquesta situació rebien algun tipus de prestació econòmica d'atur; la proporció entre les dones, significativament més baixa, era del 33%. En ambdós sexes el nivell d'estudis era inferior entre les persones aturades, fet que ressalta les dificultats que afronten les persones menys qualificades per conservar la feina (Figura 3.2.17). El temps ininterromput en atur era significativament més alt entre les dones. Mentre que entre els homes la proporció d'aturats durant més de dos anys era de 13,7%, entre les dones ascendia al 21,8%.

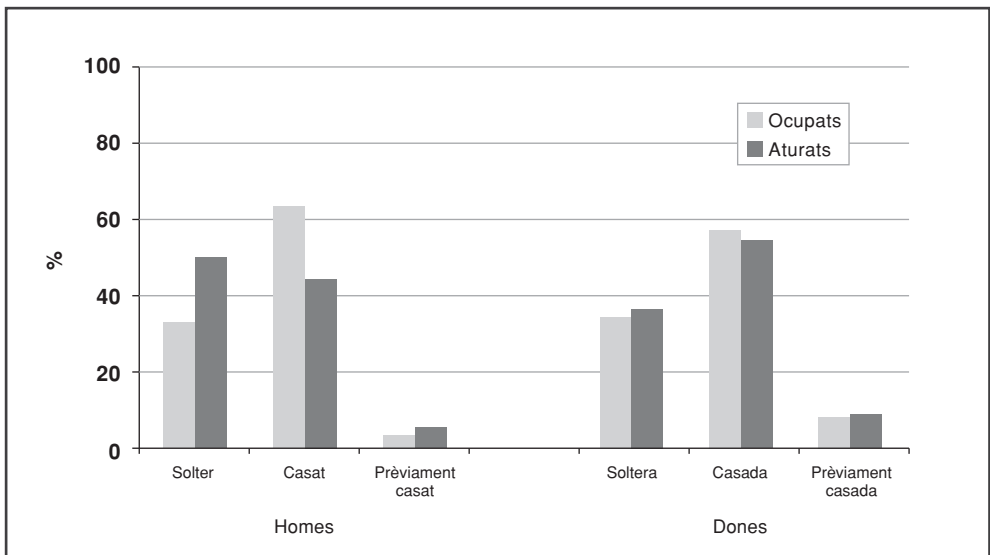
Figura 3.2.17 Nivell d'estudis segons situació laboral i sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

No hi ha diferències en l'edat segons la situació laboral ni en els homes ni en les dones. Sí que n'hi ha, però, en l'estat civil dels primers. Entre els homes aturats hi ha una proporció més alta que entre els ocupats de solters i de prèviament casats (Figura 3.2.18). Aquesta troballa s'explica, almenys parcialment, per un patró de socialització de gènere que considera l'estabilitat econòmica de l'home com a requisit per a la convivència en parella o per tenir criatures.

Figura 3.2.18 Estat civil o de convivència segons situació laboral i sexe.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (elaboració pròpia).

Entre les persones casades o que viuen en parella, grup amb responsabilitat principal al nucli familiar tradicional, l'atur determina una major contribució dels homes i, sobretot, de les dones al treball domèstic. Mentre els homes ocupats li dediquen una mitjana de 8,6 hores a la setmana, els aturats fan 10,8 hores. Les xifres corresponents entre les dones són 22,1 i 32,8 hores respectivament.

L'estat de salut

S'ha documentat àmpliament l'associació entre l'atur i el mal estat de salut, sobretot mental^[44-45-46]. Però tot i que l'atur és més freqüent entre les dones, que la prevalença del trastorn de salut mental és més alta en el sexe femení, les diferents posicions socials dels homes i de les dones al mercat de treball i les diferències de gènere en els determinants socials de la salut mental^[47-48-27], pràcticament no hi ha estudis sobre les potencials diferències de gènere en les reaccions davant de l'atur. De fet, molts estudis sobre l'impacte



de l'atur en la salut mental han analitzat únicament homes^[49-50]. A més, la recerca sobre l'impacte de la situació laboral en la salut de les dones moltes vegades únicament ha examinat si el treball remunerat és positiu o negatiu, sense diferenciar entre les dones que no tenen una feina pagada perquè són mestresses de casa i aquelles que estan aturades.

En un estudi basat en l'ESCA94, es mostrava la complexa interacció del gènere, la classe social i les prestacions d'atur en l'impacte de l'atur sobre la salut mental. Mentre que entre les persones solteres l'efecte advers de l'atur es limitava a les persones que no rebien prestacions d'atur i era similar per als dos sexes, independentment de la classe social, la convivència en parella, i sobretot amb criatures, tenia un efecte negatiu entre els homes aturats, sobretot els de classes més desfavorides, i protector entre les dones^[51]. Lamentablement el menor nombre d'efectius de l'ESCA02 impedeix aprofundir en una anàlisi similar.

Els hàbits relacionats amb la salut

En ambdós sexes la superior disponibilitat de temps es tradueix en més temps de son i més activitat física d'intensitat lleugera entre les persones aturades. No hi ha diferències segons la situació laboral en l'activitat física d'intensitat moderada o forta, ni en els homes ni en les dones. La proporció d'homes que dormen més de 8 hores entre els ocupats, els aturats amb prestacions econòmiques d'atur i els aturats sense prestacions econòmiques és de 6,6%, 20,4% i 22,8% respectivament. Entre les dones, les proporcions corresponents són 7,2%, 20,3% i 19,3% respectivament.

Entre els homes ocupats, només el 30,4% afirma realitzar una activitat física lleugera durant el seu temps de lleure més de 2 dies a la setmana, mentre que entre els aturats amb prestacions econòmiques d'atur i els que no reben prestacions econòmiques d'atur els percentatges respectius són de 41,9% i 55,9%. Entre les dones el patró és similar. Mentre que entre les ocupades només el 35,7% havia fet una activitat lleugera durant més de dos dies a la setmana, els percentatges corresponents entre les aturades amb prestacions econòmiques d'atur o sense foren de 45,8% i 58,2% respectivament.

L'atur es relaciona també amb el fet de seguir una dieta per motius de salut. El 13% dels homes aturats en fan, mentre que entre els ocupats només fan règim el 8,6%. En les dones, els percentatges corresponents són 18,3% i 12,4% respectivament. És possible que la major freqüència de dieta entre les persones aturades s'expliqui per un efecte de causalitat inversa, és a dir, que l'atur hagi estat en alguna mesura causat per un problema de salut que requeriria dieta.

Finalment, mentre que entre les dones l'atur no s'associa amb l'hàbit tabàquic, els homes aturats fumen en més proporció que els ocupats. La prevalença de tabaquisme entre els aturats sense prestacions d'atur és de 51,1 %, entre els que perceben prestacions de 48,9% i finalment entre els ocupats de 40,7%.

MESTRESSES DE CASA I DONES OCUPADES

L'any 2002, el 25,8% de les dones catalanes de 16 a 64 anys entrevistades a l'ESCA02 es definien com a mestresses de casa. L'edat mitjana de les mestresses de casa era significativament més alta que la de les dones ocupades (47,7 anys en comparació de 36,9). La incorporació de la dona al mercat laboral està molt lligada al nivell d'estudis, el qual ha crescut en les últimes dècades. Si el 2002, entre les dones de 16 a 64 anys amb estudis primaris o inferiors entrevistades a l'ESCA02, la proporció de mestresses de casa era del 47,0%, entre les universitàries era només del 5,0%.

Ser mestressa de casa està íntimament lligat a l'estat civil o de convivència. El 92% d'elles estaven casades o vivien en parella, el 6,6% havien estat prèviament casades i només l'1,4% estaven solteres. Els percentatges corresponents entre les dones ocupades eren de 57,4%, 8,1% i 34,5%. El paper de mestressa de casa està també molt lligat a les exigències familiars representades pel nombre de persones a la llar, de manera que, mentre que entre les dones ocupades casades o que vivien en parella només el 9,8% vivia en unitats familiars de 5 o més persones, entre les mestresses de casa el percentatge quasi es duplicava (14,7%).

Amb la incorporació de les dones al mercat laboral, molts estudis han examinat l'impacte del treball remunerat sobre la seva salut comparant dones amb treball remunerat i mestresses de casa. Contràriament al temor inicial que la incorporació de les dones al mercat de treball les exposés a riscos laborals que poguessin tenir un efecte negatiu sobre el seu estat de salut, nombrosos estudis documenten que les dones ocupades tenen millor estat de salut que les que treballen a temps complet com a mestresses de casa [\[52-53-54\]](#). Alguns dels beneficis que proporcionaria el treball remunerat són les oportunitats per desenvolupar l'autoestima i la confiança en la pròpia capacitat de decidir, el suport social per a persones que, altrament, estarien aïllades, la independència econòmica i les experiències que augmenten la satisfacció amb la vida [\[28\]](#).



S'ha documentat que a Catalunya les dones ocupades presentaven de forma consistent millor estat de salut que les mestresses de casa però hàbits més insans^[55]. Per manca de temps lliure, les dones ocupades fan menys exercici físic i dormen menys que les mestresses de casa, cosa que qüestiona l'assumpció generalitzada que el treball remunerat té un efecte global positiu sobre les dones. Quan la càrrega de treball total és alta, la combinació de la vida laboral i familiar pot tenir un impacte negatiu sobre la salut.

3.3 LES CONDICIONS DE TREBALL EN ELS SECTORS FEMINITZATS

La població ocupada femenina es concentra principalment, tal com s'ha vist en la secció 2 d'aquest apartat, en el sector dels serveis especialment en el comerç i l'hostaleria (26,2%) i, seguidament, en l'Administració pública, l'educació i la sanitat (23,5%). Una consideració a part mereix el servei domèstic, on les dones representen el 94,8% del total d'afiliats al Règim especial de la llar.

Encara que la V Encuesta de Condiciones de Trabajo (V ENCT) elaborada per l'INSHT i de la qual s'han publicat recentment els resultats^[56] no està dissenyada per ser representativa per raó de sexe, sí que ens permet descriure els factors de risc que caracteritzen les agrupacions de les activitats econòmiques analitzades i que coincideixen amb els sectors esmentats abans (fora del treball domèstic que es tractarà al final d'aquesta secció): administració/banca, comerç/hostaleria i serveis socials.

Condicions de seguretat

Per obtenir la informació relacionada amb la percepció dels riscos d'accident de treball i de les seves causes, es va plantejar a les treballadores i els treballadors entrevistats una pregunta tancada que presentava 17 riscos tipificats entre els quals podien assenyalar aquells que creien que estaven presents al seu lloc de treball.

L'anàlisi per sector d'activitat va posar de manifest que el sector que presentava un percentatge més gran de treballadors i treballadores que indicaven algun risc d'accident era el de la construcció (98,4%), seguit de la indústria (86,6%) i finalment dels serveis (66,8%).

En l'estudi per agrupacions, el sector d'administració/banca presenta el percentatge més gran pel que fa a la percepció del risc d'atracament (11,6%) i el de serveis socials el de radiacions (10,7%). A la Taula 3.3.1 es poden veure els riscos més freqüents en les tres agrupacions esmentades (> 20% en alguna de les agrupacions).

Taula 3.3.1 Frequència d'exposició a cada risc per agrupació d'activitats.

	Admin./Banca	Comerç/Hotel.	Serv. Socials
Caigudes al mateix nivell	18,5	23,7	19,0
Caiguda d'objectes, materials, eines	11,1	22,7	11,0
Talls i punxades	18,1	35,6	38,2
Cops	20,5	32,8	24,9
Sobreesforços	8,9	20,6	23,2
Algun risc	59,6	75,7	63,5

Font: V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Elaboració pròpia).

Condicions de treball i molèsties relacionades

La valoració subjectiva global de les condicions de treball per part dels treballadors i les treballadores ha estat estimada, al llarg de les diferents ENCT, mitjançant un conjunt de catorze variables referides a aspectes organitzatius, psicosocials, ergonòmics, de l'entorn físic, exposició a contaminants i risc d'accident.

Pel que fa a les agrupacions d'activitats objecte de revisió en aquest apartat, la Taula 3.3.2 mostra la distribució de la població treballadora que considera bastant o molt molesta diferents aspectes del seu treball. Es col·loca el sector de la construcció per afavorir la comparació entre el perfil de les agrupacions on són majoria les dones i el corresponent a un sector tradicionalment masculinitzat.

Taula 3.3.2 Frequència dels diferents aspectes considerats bastant o molt molestos pels treballadors.

	Admin./Banca	Comerç/Hotel.	Serv. Socials	Construcció
Falta d'autonomia	9,0	4,1	6,3	2,1
Ritme imposat	10,9	7,6	15,4	3,3
Control	5,3	3,6	3,4	1,9
Horari	7,3	9,1	6,9	4,8
Monotonia	12,4	7,4	6,6	5,8
Falta de comunicació	3,8	2,6	2,9	0,8
Esforç físic	3,4	3,9	9,2	5,6
Postura	12,6	6,9	15,5	8,0
Il·luminació	6,9	4,2	7,1	1,7
Soroll	5,8	3,3	8,9	6,0
Temperatura i humitat	11,6	6,6	10,7	17,1
Contaminants químics	3,0	0,8	5,7	2,7
Risc d'accident	5,6	5,6	9,7	23,7
Inestabilitat en el treball	6,0	6,9	10,0	18,5

Font: V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Elaboració pròpia).

Nota: Els números en negreta indiquen els aspectes de cada agrupació que destaquen sobre la mitjana total.



L'anàlisi de les tendències d'aquestes freqüències entre 1999 i 2003 mostra un increment de la molèstia relacionada amb la falta d'autonomia en l'agrupació administració/banca i del ritme imposat i de les queixes referents a la temperatura/humitat i inestabilitat en el treball en l'agrupació comerç/hostaleria. L'agrupació de serveis socials és la que més ha empitjorat en les seves qualificacions: pugen més de 4 punts els aspectes de ritme imposat i postures de treball i al voltant de 3 punts el soroll, el risc d'accident i la inestabilitat en el treball.

Condicions de treball al servei domèstic

El primer que s'ha de dir quan es parla de les treballadores i els treballadors del servei domèstic és que estan exclosos de l'aplicació de la normativa de prevenció de riscos laborals¹³.

En aquesta branca d'activitat, a més, sovinteja el treball de tipus irregular i amb una més que modesta proporció de treballadors i treballadores de la llar donats d'alta al règim especial corresponent, sense fer esment de la nova dimensió que a aquest sector li concedeix la creixent incorporació de treballadores immigrants, sovint no regularitzades.

Segons un estudi^[37] dut a terme per la Universitat de València utilitzant les dades de l'EPA, la proporció estimada de treballadors i treballadores de la llar donats d'alta a la Seguretat Social va ser del 48% el 1990 i del 38% el 1999.

¹³ Art. 3.4 de la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals (BOE n. 269, de 10 de novembre).

Les condicions de treball d'aquestes persones estan determinades per un munt de factors com ara: si viuen o no a la llar on presten els seus serveis, el tipus de tasques assignades, el temps de treball, les relacions interpersonals, el reconeixement de la seva feina i un llarg etcètera. A la taula 3.3.3 s'exposen els factors de risc més freqüents i les possibles repercussions sobre la salut.

Taula 3.3.3 Treballadors/es de la llar: factors de risc i efectes sobre la salut.

Grups de risc	Factors	Efectes
Agents químics	Productes de neteja Guants Detergents Insecticides	Dermatitis Asma Alteracions nervioses, hepàtiques i renals
Agents físics	Temperatura i humitat	
Agents biològics	Contacte amb la canalla	Malalties infeccioses
Càrrega física	Manipulació de càrregues Postures fixes i forçades Moviments repetitius	Alteracions osteomusculars
Agents psicosocials	Jornades de treball molt llargues, sense límits precisos Disponibilitat permanent Manca/insuficiència de pauses Manca de reconeixement Poca autonomia Violència Aïllament familiar i cultural	Insatisfacció Fatiga Estrès Depressió

Font: Elaboració pròpia.

A més, s'ha de tenir en compte que els serveis domèstics poden incloure tasques relacionades amb la guarda dels infants, la jardineria i la conducció de vehicles, la qual cosa representa riscos addicionals als esmentats en la Taula 3.3.3.

Les treballadores i els treballadors domèstics son majoritàriament invisibles en les estadístiques oficials, estan marginats i el seu treball no és reconegut ni socialment ni legalment. El control de les seves condicions de treball està limitat per la inviolabilitat del seu lloc de treball (llar privada) i el dret a la privacitat familiar i personal, així com la vigilància de la seva salut desatasa.



3.4 SERVEIS D'AJUDA A LA FAMÍLIA

Per satisfer les necessitats humanes es requereix un treball familiar domèstic (treball de reproducció) que té a veure amb la cura de la canalla, de les persones grans o malaltes, a més de les tasques d'alimentació, higiene, i les relacions i els afectes entre persones adultes sanes.

Aquest treball ha estat i continua essent una responsabilitat gairebé exclusiva de la dona, encara que s'hagi incorporat al mercat laboral.

La recerca de la corresponsabilitat i la posada a disposició de serveis comunitaris que satisfacin aquestes necessitats haurien de ser considerats tenint en compte que, en diferents estudis, la disponibilitat de serveis d'ajuda a la família (tant en nombre com en horaris de servei) s'ha revelat com un dels factors que afavoreixen la conciliació de la vida familiar amb la laboral^[58].

En aquest sentit, Catalunya és un dels països de la Unió Europea que té menys desenvolupats els serveis d'ajut a les famílies com ara escoles infantils per a nens i nenes de 0 a 3 anys, serveis domiciliaris o llars per a la gent gran i altres^[59].

Només el 9% del nens i nenes de 0 a 3 anys assisteix a l'escola pública infantil. El dèficit és encara més gran en els serveis d'atenció domiciliària per a persones grans o amb discapacitats. El 2,5 % de la població de més de 65 anys disposa d'algun tipus de cobertura per unes 3,7 hores setmanals de mitjana, mentre que els mínims recomanats per a la societat espanyola és del 5% de totes les persones grans un mínim de 7 hores a la setmana.

Això fa que la sobrecàrrega que representa per als qui tenen cura de la família (les dones) suposi un cost humà elevat: un 32 % de les persones que es fan càrrec de persones dependents estan deprimides, un 30 % consideren que la seva salut s'ha deteriorat, un 48 % han deixat de fer vacances i un 40 % no freqüenten les seves amistats.

3.5 ASSETJAMENT SEXUAL

Pel seu greu impacte en la salut de les dones, es dedica tot un apartat a l'assetjament sexual a la feina. Encara que no és un problema exclusiu de les dones, elles constitueixen el col·lectiu fonamentalment afectat. Aquest fet les discrimina, en empitjorar el seu estatus com a treballadores, i això suposa un obstacle afegit per a la seva integració i permanència en el mercat laboral. Contradiu, per tant, el principi d'igualtat de tracte entre homes i dones^[60].

D'altra banda, l'assetjament representa una situació de risc per a la salut i, per tant, s'ha de prevenir o eliminar immediatament, tractant-lo des de l'àmbit de la salut laboral. S'emmarcaria en el que entenem per entorn psicosocial, i està en relació amb condicions de treball de tipus organitzatiu: exercici de les relacions de poder, lideratge, autonomia, tracte just, claredat de rol, etc. A més, també presenta efectes sobre l'empresa, valorables en termes de productivitat, absentisme, clima laboral, etc.

Marc legal

El novembre de 1991, la Comissió^[61] publicà una Recomanació relativa a la protecció de la dignitat de la dona i l'home en el treball, que incloïa una definició d'assetjament sexual. A continuació, el Consell va emetre una Declaració sobre l'aplicació d'aquesta Recomanació, on s'aportava un Codi de Conducta^[62]. Aquest ha estat un instrument molt útil per abordar-ne la prevenció des del lloc de treball. Es definia l'assetjament com un problema de discriminació sexual.

La Directiva 2002/73/CE^[63] del Parlament europeu, que ha d'estar transposada com a màxim a l'octubre de 2005, obre una nova etapa, i defineix tant l'assetjament sexual com el relacionat amb el sexe com contraris al principi d'igualtat de tracte entre homes i dones. S'inclou una referència explícita a l'entorn de treball com un dels àmbits intoxicats pel comportament d'assetjament. Insta els estats membres a regular la prohibició d'aquesta forma de discriminació, tant en el lloc de treball com en l'accés a la feina i la formació professional. Concedeix, tant en aquest tema com en altres, un paper especial als agents socials a l'hora d'aplicar i desenvolupar el principi d'igualtat a les empreses.

A Espanya, com en altres països de la Unió Europea (UE), apareix regulat al Codi Penal. L'Estatut dels Treballadors l'inclou dins del dret al respecte a la intimitat i dignitat. Sobre l'assetjament sexual, a Catalunya hi ha una resolució del Consell de Treball de la Generalitat, publicada el febrer de 1994.

Descripció i xifres

No existeixen moltes dades sobre l'exposició a assetjament sexual a la feina. Com afirma Teresa Torns^[64], s'aprecia una falta d'interès per estudiar l'assetjament sexual com a tema propi del món laboral. S'han desenvolupat algunes investigacions en diversos països de la UE, però les xifres són difícilment comparables a causa de les diferents metodologies emprades.

A Espanya, el primer estudi^[65] va ser encarregat per l'àrea de la dona del sindicat UGT, es va publicar el 1988 i s'hi feia referència als factors psicosocials relacionats amb l'individu i la organització. Respecte a Catalunya, una publicació de l'Institut de la Dona estatal^[66] inclou informació qualitativa sobre els sectors químic i sanitari.



El sindicat CC.OO. va encarregar dues investigacions^[67], una qualitativa i l'altra quantitativa, desenvolupades el 1998 i el 2000. L'enquesta, feta amb una mostra de 1.004 persones ocupades i estratificada per regió i dimensions de l'hàbitat, va proporcionar dades d'assetjament, mesurat de tres formes diferents:

- Mitjançant una llista de cinc comportaments indesitjats soferts almenys en una ocasió al llarg de la vida laboral. A aquesta variable se la va denominar assetjament: 18,3% de dones i 8,8% d'homes.
- Mitjançant una llista de tres situacions, pròximes a l'assetjament, enunciades de manera neutra. A aquesta variable se la va denominar sexisme: 50,4% de dones.
- Mitjançant una pregunta directa sobre si es considera haver sofert assetjament sexual alguna vegada a la vida laboral. A aquesta variable se la va denominar assetjament reconegut: 6,6% de dones, 2% d'homes.

La dada d'assetjament femení es correspon amb els resultats de l'enquesta realitzada per l'Institut Valencià de la Dona en el 1994. En qualsevol cas, les investigacions de tipus qualitatiu mostren que el fenomen és més ampli del que indiquen les xifres, perquè moltes dones tendeixen a minimitzar-lo o a treure-li importància.

L'explotació de les dades va conduir a diverses conclusions sobre la identificació del problema per part de les mateixes treballadores. Per exemple, dues de cada tres dones assetjades no reconeixen la seva experiència com a assetjament sexual. En les zones urbanes de més de 100.000 habitants, l'assetjament reconegut arriba a ser el doble. Quan la persona que assetja és un superior jeràrquic, les dones que parlen d'assetjament són el doble que quan es tracta d'un company o companya. El percentatge de dones que anomena la seva experiència com a assetjament augmenta amb la duració de les conductes indesitjades.

Pel que fa a les característiques del fenomen destaquen:

- No es dona només entre superior i subordinat o subordinada, sinó que en el 40% dels casos ocorre entre companys/es o clients.
- Hi ha un àmplia diversitat de comportaments d'assetjament; els més freqüents són la invasió de l'espai físic, els frecs i tocaments, i el xantatge sexual.
- Certes característiques laborals, símptomes d'una relació de desequilibri, semblen associar-se amb major presència d'assetjament; per exemple, fer encàrrecs personals, servir cafès, ocupar llocs de treball on s'exigeix bona presència, etc.
- La resposta de la víctima sol ser individual, rara vegada comunica el problema o demana ajuda en el marc de l'empresa.

No existeix un perfil de persona o d'empresa que s'identifiqui com de més risc, però és evident que existeixen almenys dues perspectives diferents per analitzar l'assetjament sexual. La més òbvia, que el relaciona amb la sexualitat, amb una expressió més o menys excessiva del desig sexual, comportament més o menys tolerat en els homes. L'altra, que relaciona l'assetjament amb el sexisme, associat a altres característiques de l'entorn laboral, com són el repartiment de les tasques o de l'autoritat.

L'assetjament sexual en el treball pot abordar-se des de diverses òptiques, i la salut laboral no és una de les més freqüents. Sovint s'enfoca des de l'àmbit psicològic terapèutic, intentant identificar patrons o perfils de personalitat tant en la víctima com en la persona assetjant. Això duu el problema al terreny dels conflictes interpersonals, limitant o negant la incidència de l'entorn.

L'assetjament ha estat inclòs en la legislació com un atac al dret a la dignitat i a la intimitat. Per aquesta via ha arribat als tribunals on, amb sort, s'aconsegueix la indemnització compensatòria. Aquesta manera d'enfocar-ho ha contribuït a judicialitzar el problema i ha provocat que no s'actuï sobre l'entorn de treball, que és el context on es produeix el fenomen, tot consentint i fomentant aquest tipus de comportaments. D'altra banda, els casos que arriba a denunciar-se són molt pocs, per la qual cosa la majoria de persones afectades queden fora d'aquesta via d'actuació i es fa imprescindible complementar-la amb d'altres.

L'empresari o empresària és responsable de les condicions en què s'exerceix l'activitat laboral a la seva organització, i és qui té potestat per sancionar els comportaments il·lícits. En aquest sentit, la negociació col·lectiva pren cada vegada més importància en la prevenció i resolució de les situacions d'assetjament sexual a les empreses.

Actualment, gairebé un milió de treballadors i treballadores de Catalunya disposen de regulació específica sobre l'assetjament sexual al lloc de treball, recollida en el 13,7% dels acords de negociació col·lectiva en vigor. El que és interessant és que es tracta d'una tendència, ja que l'any 2000 aquest tipus de clàusules afectava poc menys de la meitat de la població treballadora (412.144). A més de demostrar la sensibilitat dels agents socials cap aquest assumpte, aquest fet contribueix a aclarir la tasca inspectora i l'exercici de la potestat sancionadora. (Taula 3.5.1)



Taula 3.5.1 Alguns convenis amb contingut sobre aquest tema a Catalunya:

Acord	Sector	Àmbit	Vigència	Contingut
	Comerç de metall	Província Barcelona	31/12/04	Dret a la intimitat i dignitat
Naviera Pinillos		Provincial	31/12/05	Falta molt greu
Parc d'atraccions Tibidabo		Empresa	31/12/04	Definició i regulació com a falta greu o molt greu si és exercida per un superior
	Indústries sidero-metal·lúrgiques	Girona		Definició detallada; expedient informatiu

Font: Elaboració pròpia.

En el conjunt de l'Estat també s'ha incrementat considerablement la presència de clàusules que regulen aquest tema en els últims anys. Moltes es remeten simplement a la qualificació com a falta molt greu que fa la Llei d'infraccions i sancions en l'ordre social. Però també cada vegada són més les clàusules que el defineixen i acoten, o estableixen estratègies per prevenir-lo.

3.6 LA DOBLE PRESENCIA

Pocs, a aquestes alçades, qüestionen que tant el treball productiu (esfera pública) com el reproductiu (esfera privada) són necessaris per satisfer les necessitats de l'espècie humana i el funcionament de la nostra societat. Ara bé, la creixent incorporació de la dona a l'esfera pública no ha suposat el repartiment proporcional de les tasques reproductives entre ambdós sexes.

No existeix un perfil de persona o d'empresa que s'identifiqui com de més risc, però és evident que existeixen.

Entre les dones ocupades, el més freqüent és que la dona porti el pes de les funcions lligades a la llar i a la família amb el que representa de sobrecàrrega i impacte sobre la salut. Aquesta dualitat ha estat anomenada de diferents formes com ara doble jornada, doble presència, treball reproductiu, domèstic...

En apartats anteriors s'han donat xifres relatives al treball domèstic i a l'impacte de la doble jornada sobre la salut i els estils de vida de la dona ocupada. En aquesta secció només es vol aclarir, molt breument, què s'entén per doble presència i la seva importància com a base per construir un model d'anàlisi del treball fonamentat en la interdependència i la subordinació de les funcions de producció i de reproducció.

El terme doble presència va ser construït per la sociòloga italiana Laura Balbo^[68] el 1978 per significar la doble càrrega que suporten majoritàriament les dones per afrontar les tasques derivades tant de l'esfera pública com de la personal.

Aquest concepte de doble presència expressa millor la realitat d'aquesta càrrega i la intensitat de treball viscuda de manera síncrona en un mateix espai i temps: la dona, mentre treballa, pensa i es preocupa per l'organització familiar i, viceversa, mentre s'ocupa del treball domèstic, de les tasques d'atenció a la família i de l'organització familiar, pensa i es preocupa pel desenvolupament de la seva feina remunerada. El cas extrem el pateixen les dones per a les quals el lloc de treball coincideix amb l'espai privat, com ara a les explotacions agràries o en el teletreball. Aquesta situació és ben diferent de la doble jornada que comporta una asincronia evident: quan s'acaba la jornada laboral comença la jornada extralaboral.

La perspectiva de la doble presència i del gènere fan palès l'impacte de les tasques reproductives en el treball remunerat en forma d'absentisme, atur, assetjament sexual i segregació ocupacional com a expressió última del cost social que representen les tasques d'atenció, cura, gestió i manteniment de la força de treball (passada, present i futura), l'absència de serveis familiars, la tolerància social a l'atur femení, l'existència de poder en les relacions laborals home–dona per via de sexe i la diferent socialització de gènere en la nostra societat.

No s'ha de caure tampoc a homogeneïtzar el col·lectiu femení. Les desigualtats de gènere afecten totes les dones, però no vol dir que sigui l'únic eix de desigualtat a considerar. Les dones en si mateixes són diverses, presenten diferents models de doble presència segons etapa vivencial, classe social, professió, etc., i són diverses també la intensitat i la significació del treball reproductiu, de manera que cada una se situa en el mercat laboral en un punt diferent en l'entrellat producció/reproducció. Així es parla de centralitat productiva i reproductiva^[69].

PART B

Gènere, polítiques i estratègies de seguretat i salut en el treball

I. Normativa i estratègia de prevenció de riscos laborals

Si repassem el tractament jurídic que s'ha donat a la salut laboral des d'una perspectiva de gènere, fins als anys cinquanta les polítiques de salut laboral plantejaven la dimensió de gènere des d'una visió proteccionista i exclouent. La norma s'establí atenent el sexe del treballador. La protecció de la salut femenina es feia sota una visió moralista que exclouia les dones de la realització de determinades activitats laborals com ara el treball nocturn, els treballs a les mines, les tasques relacionades amb la forja de metalls i la conducció de tractors. Cal destacar que aquest decret sobre treballs prohibits a les dones i als menors no es va derogar pel que fa a les dones fins a l'aprovació de la Llei 31/1995, de 8 de novembre.

Les polítiques legislatives posteriors, encara que introduïen el terme treballadora, continuaven mantenint una perspectiva proteccionista, relacionada principalment amb la maternitat.

Avui dia, aquest plantejament protector ha desaparegut i la norma s'estableix des de la igualtat de tracte. En aquest sentit han estat decisives les polítiques d'igualtat de la UE (l'article 2 del tractat per la igualtat entre homes i dones) i la Directiva 92/85/CEE, relativa a l'aplicació de mesures per promoure la millora de la seguretat i la salut en el treball de la dona embarassada, que ha donat a llum recentment o en període de lactància, i que obliga l'empresari a protegir-la d'aquelles condicions perilloses que puguin afectar la seva salut o la del futur nadó.

La directiva requereix l'obligatorietat en l'etiquetatge dels productes químics i reconeix la necessitat d'identificar els productes químics, agents físics, i biològics presents en els procediments industrials, i també aquells processos i condicions de treball que poden representar un risc per a les dones embarassades.

En el nostre entorn, la regulació legislativa s'ha centrat sobretot a protegir la salut reproductiva i concretament els efectes que poden tenir les condicions de treball en la dona embarassada i, en menor grau, sobre les conseqüències d'aquestes circumstàncies sobre la fertilitat d'homes i dones.

Actualment, al nostre país, la política de salut laboral, la normativa i les practiques preventives a les empreses estan construïdes sobre un model neutre de "treballador" (des de la perspectiva del sexe), que té com a referent implícit el treballador masculí^[70].



La transposició de la directiva marc mitjançant la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals (articles 25 i 26), l'aprovació de la Llei 39/1999, de 5 de novembre, sobre la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores, i la Llei 30/2003, de 13 d'octubre, que estableix les mesures per incorporar la valoració de l'impacte de gènere en les disposicions normatives que elabori el govern, són un exemple d'això.

Això no obstant, la neutralitat de les polítiques de salut laboral ha estat qüestionada. Diferents estudis expressen la necessitat que el gènere sigui una variable a tenir en compte des del punt de vista de la salut laboral.

Per tant, actualment i en termes generals, les diferències de tracte entre treballadors i treballadores només serien admissibles per raons d'embaràs o maternitat.

En la normativa vigent sobre prevenció de riscos laborals, la rellevància del sexe del treballador es concentra en el context de la procreació i, abans que res, en la maternitat de la dona treballadora.

La Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals, als articles 25 i 26, incorpora la dimensió de gènere com una variable a tenir en compte en les pràctiques preventives. En aquest cas, la normativa espanyola millora la normativa comunitària, ja que el deure de protecció s'exerceix amb independència que la treballadora comuniqui formalment la situació d'embaràs (la directiva 92/85/CEE exigeix la comunicació expressa, a l'empresari, per part de la treballadora embarassada).

L'article 25 amplia els supòsits protegits i estableix que "l'empresari haurà de tenir en compte, en les avaluacions, aquells factors de risc que puguin afectar la funció de procreació dels treballadors i treballadores, en particular pel que es refereix a l'exposició a agents físics, químics i biològics que puguin exercir efectes mutagènics o de toxicitat per a la procreació, tant en els aspectes de la fertilitat com en el desenvolupament de la descendència..."

Moltes investigacions han confirmat els efectes que, sobre la reproducció, poden exercir determinades condicions de treball; això no obstant, la majoria d'aquests estudis han mostrat més sensibilitat pels efectes que poden tenir sobre la reproducció masculina i no tant sobre la femenina.

És clar que els sistemes reproductius de dones i homes són diferents i, per tant, això significa que la salut reproductiva de dones i homes es veu afectada de forma dissemblant a les mateixes exposicions en el lloc de treball.

La majoria d'investigacions sobre salut reproductiva s'han concentrat en les dones embarassades, així com en la protecció del fetus. Però són gairebé inexistents els estudis que consideren i analitzen l'impacte de les condicions de treball en relació amb els canvis cronològics de la biologia femenina com la menstruació o la menopausa.

Tant la norma com les investigacions realitzades s'han elaborat des de la visió col·lectiva del risc i no tant des d'una visió més individualitzada: pràcticament no hi ha anàlisis sobre les conseqüències que pot tenir la depressió postnatal quan la dona s'incorpora al seu lloc de treball, les postures forçades durant l'embaràs o els efectes dels moviments repetitius, entre altres.

L'article 26, de la Llei 31/1995, modificat posteriorment per la Llei 39/1999, regula que la condició de tutela ha de partir d'una avaluació de riscos prèvia, que haurà de realitzar-se en el moment de fer l'avaluació general dels llocs de treball independentment que els llocs estiguin ocupats o no per dones. L'empresari haurà d'elaborar una llista de llocs exempts de risc i, en el cas que calgui adaptar el lloc de treball, es consultarà abans els representants dels treballadors.

Quan la dona comuniqui el seu estat, s'haurà de fer una avaluació de riscos addicionals tenint en compte la naturalesa, el grau i la durada de l'exposició.

La norma preveu tant l'adaptació de les condicions de treball com del temps de treball, de manera que aquestes mesures requeriran, si cal, no fer treball nocturn o treballar a torns.

La protecció es durà a terme tant en cas d'embaràs com en el període de lactància, o en aquelles situacions en què les condicions de treball puguin afectar la mare i la criatura.

A diferència de la Directiva 92/85 (annexos I i II), la norma espanyola no identifica els agents i productes que poden ser perillosos per al col·lectiu de treballadores a protegir.

La llei no preveu tampoc una avaluació específica del lloc de treball no perillós, atenent les circumstàncies particulars de l'embaràs; ni l'avaluació posterior, quan la dona es reincorpora al lloc de treball perillós. Tanmateix, l'article 25 de la Llei obre la porta a aquestes avaluacions i a adoptar mesures preventives i de protecció adequades a les característiques personals i a l'estat biològic de la dona en aquestes circumstàncies.

La Llei 39/1999 preveu que, quan l'adaptació del lloc no sigui possible o quan, tot i amb l'adaptació, persisteixi el perill per a la mare o el fetus, la treballadora haurà de fer una activitat compatible amb el seu estat. Aquest canvi funcional serà temporal i haurà d'estar



dins del grup professional de la treballadora; només, si no és factible, desenvoluparà funcions d'un grup professional diferent.

Això no obstant, si el canvi de funcions no pogués ser tècnicament viable, es podria suspendre el contracte per risc durant l'embaràs i es garantiria a la treballadora una prestació econòmica suficient.

Cal destacar també que, en el cas de les treballadores en període de lactància, la protecció queda reduïda només a l'adaptació del lloc de treball i, si no, a la mobilitat funcional.

Pel que fa a l'estratègia comunitària de seguretat i salut per al període 2002-2006¹⁴, aquesta indica que s'ha de tenir en compte l'augment de la participació de la dona en el mercat de treball i de l'impacte que això té en la seguretat i la salut en el treball. En l'apartat 2.1.1, es fa esment de la importància de considerar aquesta creixent participació en aspectes com les mesures preventives, els instruments de mesura i les normes relacionades amb el pagament d'indemnitzacions, i aconsella aprofundir en la recerca dels aspectes ergonòmics, el disseny del lloc de treball i els efectes de l'exposició als agents químics, físics i biològics, i tenir cura de les diferències fisiològiques i psicològiques en l'organització del treball.

Entre els objectius per aconseguir millorar el benestar en el treball destaquen, per la seva importància per a les dones:

- La integració de la dimensió d'igualtat entre homes i dones en l'avaluació de riscos, les mesures preventives i els mecanismes d'indemnització.
- La prevenció dels riscos socials com ara l'estrès, l'assetjament i la depressió.
- La consideració dels riscos en treballadors i treballadores amb relacions laborals atípiques, precàries, a les Pime o microempreses, autònoms o ajudes familiars.

¹⁴ *Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006) COM (2002) 118 final.*

2. Altra normativa i estratègies rellevants

2.1 LA NEGOCIACIÓ COL·LECTIVA

Dos elements recents resulten especialment destacables a l'hora de potenciar la negociació col·lectiva com a eina per introduir i fomentar els canvis socials i legislatius dirigits a garantir la igualtat entre homes i dones en l'àmbit laboral.

El primer és la Directiva 2002/73/CE, que concedeix a la negociació col·lectiva un important paper com a eina per avançar en el principi d'igualtat de tracte a les empreses. Aquesta norma, a més, inclou diversos continguts que reforcen els drets en matèria d'igualtat i no discriminació i que poden ser molt útils a l'hora de traslladar el tema a l'àmbit de la negociació: definicions de discriminació directa i indirecta, i d'assetjament sexual; actualització de les garanties i els drets de les persones perjudicades per l'incompliment; creació d'un organisme específic sobre igualtat; etc.

El segon és l'Acord Interconfederal per a la Negociació Col·lectiva (ANC), signat per CC.OO., UGT, CEOE i CEPYME, que des de l'any 2002 inclou un capítol específic dedicat a la igualtat d'oportunitats. En aquest acord, els agents socials manifesten que "... a través de la negociación colectiva y el diálogo social podemos realizar una importante contribución para modificar el actual escenario y avanzar en el objetivo de corregir las desigualdades (...) La negociación colectiva debe contribuir al establecimiento de un marco equitativo para el desarrollo de las condiciones de trabajo de hombres y mujeres, propiciando las actuaciones que eliminen los obstáculos y, si procede, acudiendo a la inclusión de acciones positivas cuando se constate la existencia de situaciones desiguales de partida vinculadas a las condiciones laborales". La Comissió de Seguiment de l'Acord va elaborar un document específic^[71] amb recomanacions sobre aquesta matèria.

Així mateix, el Parlament de Catalunya va presentar una moció que insta el Govern i els agents socials a impulsar en els convenis col·lectius clàusules contra la discriminació de gènere.

A tall d'exemple es podrien incloure a la negociació col·lectiva clàusules sobre:

- Detecció i correcció de les discriminacions retributives.
- Plans de promoció.
- Prevenció, control i sanció de l'assetjament sexual.
- Millora del temps de treball en el sentit de cercar distribucions que puguin ser compatibles amb l'atenció a les persones.
- Millora de l'accés de les dones a llocs on estan sub-representades.
- Ampliació fins al 100 % de les retribucions en la prestació de risc per embaràs.



Igualtat i no discriminació

El CES estatal va aprovar a l'octubre de 2003 un informe^[72] que presenta una anàlisi exhaustiva sobre el tractament de la igualtat i la no discriminació en els convenis col·lectius.

Com a aspecte positiu destaca la lenta però esperançadora obertura dels convenis cap aquest tipus de matèries (principalment en la negociació col·lectiva sectorial d'àmbit estatal). Les novetats legislatives, com la Llei de Conciliació 39/1999, afavoreixen la inclusió de continguts a favor de la igualtat.

Entre els aspectes negatius es troba el tractament fragmentari (sovint d'aspectes aïllats, la majoria de les vegades relacionats amb la maternitat), que delata l'absència d'un punt de vista global i coherent que hauria d'impregnar de forma transversal el contingut dels acords.

Diferents organismes de les administracions tenen competències per fomentar la presència d'aquest tipus de continguts en la negociació, però la seva eficàcia és limitada. El 2001, per exemple, la Inspecció de Treball va fer 1.369 actuacions en l'àmbit de la igualtat entre sexes; un 13,4 % sobre discriminació de la dona, un 9,3 % sobre assetjament sexual i un 8,3 % sobre protecció de la maternitat, la qual cosa va representar un total de 96 requeriments a tot Espanya. Probablement, es tracta d'una xifra allunyada de la realitat de la vulneració dels drets d'igualtat, que no representen una prioritat per a aquest organisme.

L'Autoritat Laboral presenta evidents dificultats per detectar les discriminacions indirectes en la seva tasca de control dels convenis. Per la seva banda, els organismes d'igualtat d'oportunitats fan les seves activitats bastant al marge de les dels agents socials, malgrat que situen el foment de la negociació col·lectiva sobre aquests temes com un dels seus objectius.

Pel que fa als continguts tractats en els acords, s'agrupen en cinc àrees:

- Accés al treball, formació i promoció professional: inclou aspectes com la regulació de sistemes objectius de valoració, que evitin el biaix de gènere en la descripció d'habilitats/requisits.
- Classificació professional i sistemes retributius: per exemple, la substitució de sistemes basats en categories professionals per a aquells que es basen en la definició del grup professional.
- Conciliació de la vida laboral i familiar: l'aspecte abordat més sovint, que inclou permisos, excedències, ordenació del temps de treball, etc., vinculat bàsicament a tenir cura dels fills.
- Altres matèries: assetjament sexual i prevenció de riscos laborals, centrada aquesta última en la protecció de la maternitat i amb una regulació clarament ampliable.
- Instruments de promoció de la igualtat: creació de comissions paritàries i comissions d'igualtat d'oportunitats.

Les formes de discriminació directa cap a les dones són cada vegada més escasses, però encara són molts els convenis col·lectius a Catalunya i Espanya que contenen clàusules il·legals i discriminatòries. Sovint es tracta de clàusules que produeixen discriminacions indirectes (salarials, de segregació ocupacional, d'ús desigual de les modalitats contractuals, etc.). Això indica que els mecanismes de control previstos per al registre dels acords no són eficaços, entre altres coses, per desconeixement, i que manca sensibilització cap aquest tipus de continguts irregulars.

Malgrat tot, la majoria d'acords segueix ignorant el tema de la igualtat, fins i tot en sectors amb elevada població treballadora femenina. Entre els convenis que sí l'aborden, sovintegen els que es limiten a remetre genèricament a la legislació vigent. D'altres no regulen cap aspecte concret, però inclouen clàusules genèriques antidiscriminatòries, la qual cosa pot ser una mostra de sensibilitat i coherència cap al tema, o convertir-se només en un gest políticament correcte, si resulta ser l'única referència a la igualtat en tot el conveni.

Finalment, alguns convenis superen els mínims legals, o regulen supòsits no previstos per la llei. Entre aquests últims, es troben ja alguns acords que introdueixen accions positives, com per exemple establir preferència, a igualtat de condicions d'idoneïtat, entre les persones del gènere menys representat en un grup professional a l'hora de definir les condicions de contractació, formació i promoció.

Salut laboral

Si s'analitzen els acords de negociació col·lectiva des de la perspectiva de la salut laboral, s'observa una reiteració dels temes d'igualtat de tracte. L'única especificitat considerada pel que fa a l'exposició als riscos o l'efecte diferencial que aquests produeixen en la salut d'homes i dones es basa en la maternitat. És a dir, la negociació col·lectiva reflecteix l'estereotip biologicista característic de la prevenció, i quan decideix protegir especialment la dona ho fa en funció del seu rol de mare.

Un estudi^[73] que va analitzar més de 4.900 convenis de diferent àmbit va seleccionar les bones clàusules en matèria de prevenció de riscos. S'excloïen les senzilles referències textuais a la normativa vigent, així com els temes relatius a condicions d'ocupació i no de treball. Els continguts que afectaven de manera explícita les treballadores foren l'assetjament sexual i la protecció de la maternitat i la conciliació de la vida familiar.

Les clàusules recollides amplien les disposicions de l'art. 26 de la LPRL (faciliten el canvi o l'adaptació del lloc de treball per risc per l'embaràs) i les disposicions sobre conciliació recollides en diverses normatives (milloren la flexibilitat horària, permeten millors condicions per a excedències destinades a tenir cura de fills/es i persones dependents, o concedeixen un període de descans maternal més llarg). A més, es troben també un bon nombre de clàusules sobre assetjament sexual.



En general, s'observa que les matèries de salut laboral en què és més fàcil trobar bones clàusules són aquelles que més es debateren en els primers anys de la LPRL, i en què més experiència s'està acumulant. Introduir la dimensió de gènere en la pràctica preventiva és un tema bastant nou, mentre que els assumptes relacionats amb la igualtat d'oportunitats fa més temps que ocupen l'activitat i els interessos dels agents socials.

Per últim, és evident que la consecució de tots aquests objectius passa també per una major incorporació i protagonisme de les dones en els processos de negociació col·lectiva. L'escassa participació de les dones en els estaments on es prenen decisions que afecten les seves condicions de treball és un dels factors identificats en tots els estudis com a determinants a l'hora d'analitzar la discriminació.

La composició de les comissions negociadores dels convenis col·lectius registrats a Catalunya fins al mes d'abril de 2004^[74] reflecteix a la perfecció aquesta subrepresentació de les dones. Només un 23,3% dels representants dels treballadors eren dones; quant als representants de l'empresa, el percentatge baixa fins al 14%.

Segons dades del Departament de Treball i Indústria, un 19,4% dels acords de negociació col·lectiva vigents o prorrogats al final de juny de 2004 inclouen clàusules sobre assetjament sexual i/o sobre no discriminació i promoció de la igualtat entre sexes. Això afecta el 54% de la població treballadora de Catalunya.

2.2 LA CONCILIACIÓ DE LA VIDA LABORAL AMB LA FAMILIAR

Les dones s'han anat incorporant progressivament a l'activitat productiva, però aquest canvi no s'ha vist acompanyat per l'evolució del model social de treball, remunerat i no remunerat, i el seu repartiment entre homes i dones.

Aquesta dimensió de la doble tasca, de l'acumulació de càrrega de treball i de responsabilitats pròpia de les dones, s'ha introduït en l'estudi de la salut com un factor que s'ha de tenir en compte a l'hora d'explicar diferències entre ambdós sexes. Sobretot, des de la seva condició de simultaneïtat en la dedicació. En el camp de la salut laboral és un factor que encara no s'ha incorporat a la pràctica preventiva quotidiana.

Però sí que és cert que, en els darrers anys, s'ha suscitat un debat social sobre la necessitat de conciliar la vida laboral i la familiar. Cada vegada més, apreciem la qualitat de vida, concedim valor a la nostra faceta extralaboral, som conscients de la interacció entre ambdós mons i dels seus efectes en la nostra salut, el nostre benestar, i també en la qualitat del treball remunerat. D'altra banda, les xifres sobre natalitat han contribuït a plantejar de manera apressant la qüestió de fins a quin punt les condicions en què les

dones entren i romanen en el món del treball constitueixen un obstacle per al desenvolupament de la família.

De fet, hem assistit últimament a una veritable moda. Un nombre creixent d'empreses han incorporat el discurs de la conciliació entre vida familiar i laboral, enunciat des de diferents àmbits que van des de la gestió dels recursos humans fins a la responsabilitat social corporativa, passant per la salut laboral. Les mesures inclouen ajudes econòmiques per a guarderies, o la seva creació dins de les instal·lacions de l'empresa; l'extensió de permisos per a la lactància, la flexibilització dels permisos per maternitat, etc.

És innegable la relació que guarden aquestes polítiques amb l'existència de subvencions en forma de descomptes en les cotitzacions de la Seguretat Social, i deduccions per a les empreses que subvencionin o instal·lin guarderies. Però igualment es constata el canvi en la percepció social que comença a produir-se en aquest terreny, fins al punt que les empreses concedeixen a aquest assumpte un valor afegit que contribueix a proporcionar una imatge corporativa desitjable.

El marc legal i les seves limitacions

Les mesures de conciliació poden abastar diverses dimensions^[75]. Fins ara, la legislació s'ha centrat en les dues primeres:

- mesures relacionades amb el temps de treball.
- permisos i excedències per maternitat, paternitat i parentalitat.
- creació de serveis d'atenció a la primera infància.
- creació de serveis d'atenció a persones disminuïdes i ancians/es dependents.
- mesures per reorganitzar el temps de la ciutat, especialment en relació amb l'horari del serveis públics, comercials, escolars i transports.
- mesures per promoure que els homes dediquin més temps al treball domèstic i familiar.

A Espanya i Catalunya s'han produït importants novetats legislatives sobre el tema en els últims anys (1999-2004).

- Aplicable a tots els treballadors i les treballadores en general:

Llei 39/1999 per promoure la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores.

Llei de la Seguretat Social, modificada pel RD 1368/2000, de millora de la protecció familiar, i pel RD 1251/2001, que regula les prestacions econòmiques per maternitat i risc durant l'embaràs.



- Aplicable a personal de l'Administració general:

RD 180/2004 pel qual s'adopten mesures per a la conciliació de la vida laboral i familiar en relació amb el gaudi a temps parcial dels permisos inclosos en l'art. 30.3 de la Llei 30/1984 de mesures per a la reforma de la funció pública.

- Aplicable a personal de les administracions catalanes:

Llei 6/2002 de mesures relatives a la conciliació del treball amb la vida familiar del personal de les administracions públiques catalanes.

Llei 18/2003 de suport a les famílies.

A Catalunya, la Llei 6/2002 millora el contingut de la 39/1999 afegint, per exemple, la possibilitat de reduir un terç de la jornada sense reducció salarial per tenir cura del fill o la filla de fins a un any, o augmentant els dies de permís per al cònjuge per naixement, adopció o acolliment. Ja s'han negociat les seves condicions d'aplicació a determinats col·lectius, com el personal de l'administració de justícia o el personal docent no universitari.

La Llei 18/2003 s'emmarca en les polítiques familiars, inclou accions en diversos àmbits, en la mesura que té vocació d'actuar de manera integral. Està pendent que s'estableixin disposicions reglamentàries, és a dir, encara no s'està aplicant. Per bé que el seu àmbit d'aplicació és el personal de l'administració de la Generalitat i d'entitats locals catalanes, les mesures proposades tenen la intenció de convertir-se també en la pauta per a qualsevol empresa que desenvolupi la seva activitat a Catalunya. Diu textualment: "... El Govern ha de promoure, conjuntament amb les organitzacions sindicals i empresarials, les corporacions locals i demés agents socials pertinents, l'elaboració de plans territorials de conciliació horària per facilitar la conciliació dels àmbits familiar, laboral i escolar de les famílies."

En aquests anys d'aplicació, les polítiques i mecanismes de conciliació desenvolupats fins al moment a Catalunya i a Espanya han suscitat ja diverses crítiques. Una d'aquestes és la dispersió, tant territorial com legislativa, malgrat l'intent d'unificació que va suposar la Llei 39/99. Les diferències existents entre distintes zones i col·lectius, i el contingut de la mateixa llei de conciliació i d'altres normes de diversos àmbits (Seguretat Social, prevenció de riscos, etc.) reflecteixen l'absència d'un plantejament coherent que abordi l'assumpte de manera integral i intenti actuar sobre els diferents aspectes d'aquesta problemàtica.

Només les dones amb una relació laboral diguem estàndard gaudeixen dels drets de conciliació. Les treballadores del servei domèstic en queden excloses. Les autònomes sovint no s'arriscaran a utilitzar la suspensió del contracte per maternitat, amb la qual cosa la seva parella també es veurà impossibilitada de gaudir del temps que li correspondria.

S'atorga massa pes a les mesures de tipus laboral respecte a les relacionades amb serveis i infraestructures públiques de suport a l'atenció d'infants i persones dependents.

En relació directa amb aquest assumpte, hi ha també una reveladora absència de dotació pressupostària.

Les mesures administratives tendents a afavorir la creació de guarderies en els centres de treball són vistes amb ulls crítics per una part dels agents socials. Es reclama més dotació pública per a aquest tipus de serveis adreçats a nens i nenes entre 0 i 3 anys, que eviti diferències entre la població amb treball remunerat i sense, disponible per igual independentment del tipus de contracte, gestionada des de principis i objectius educatius, més que empresarials. Es critica que aquests serveis neixen més amb la intenció de controlar l'absentisme que amb un ànim formatiu.

En aquest sentit, la mateixa Comissió de les Comunitats Europees reconeix en els seus informes^[76] que, malgrat que cada vegada hi ha més estats membres que van aplicant noves mesures relatives als serveis de guarderies, encara no hi ha prou serveis de qualitat i assequibles. Així mateix, la millora dels serveis per a l'atenció d'altres persones dependents rep escassa atenció. Respecte a les modalitats de permís, que en molts països com Espanya han començat a ampliar-se, la Comissió adverteix del perill que els llargs períodes de permís repercuteixin de manera negativa sobre la taxa de participació femenina, augmentin les diferències salarials i potenciïn la segregació per sexes.

Excepcions a part, es critica l'escassetat de mesures que fomentin un repartiment més equilibrat de les responsabilitats domèstiques entre homes i dones, incentivant l'ús dels drets de conciliació per part dels homes. No hauria de convertir-se en una política per resoldre el problema de les dones, sinó un problema del nostre model actual de societat. Però, en el fons, la Llei 39/99 s'emmarca més en una política de foment de la natalitat i protecció de la família, i assumeix tant implícitament com explícitament que aquestes són ocupacions pròpies de les dones, i per tant són elles qui generen el dret. Això provoca, per exemple, que un pare que vulgui assumir el seu rol té escassos drets de conciliació si la seva dona no treballa.

Per exemple, segons dades de l'Institut Nacional de Seguretat Social, en els últims quatre anys s'ha produït un lent increment dels permisos per maternitat/paternitat. El percentatge de permisos gaudits per homes va passar del 0,98 a l'any 2000 al 1,56 el 2003. Pel que fa al total d'excedències per tenir cura dels fills, els pares no arriben en cap cas al 4%, encara que sí s'ha produït un increment important en les mares.



Mesures econòmiques com l'ajuda de 100 € mensuals per a les mares amb fills menors de tres anys requereixen que la dona estigui treballant, amb la qual cosa són justament les dones aturades (sovint per la seva maternitat i ocupació precària) les que queden fora de la protecció.

També es critica la falta de sensibilitat cap als nous models de família, a més del tradicional, com les monoparentals, les parelles de fet, les homosexuals o les famílies amb fills provinents de diferents parelles. Els drets reconeguts no sempre es fan extensibles a aquestes noves realitats.

Més enllà del debat sobre el temps que dediquem al treball i a la família, potser caldria debatre sobre quant espai ocupa el treball en el nostre model de societat i quant marge ens deixa per ser persones plenes i dedicar-nos a altres facetes.

Negociació col·lectiva

En qualsevol cas, la nova normativa ha tingut un efecte positiu en la negociació col·lectiva, que està incorporant progressivament la conciliació com un contingut cada vegada més habitual. Molts acords reflecteixen la normativa i alguns la concreten i amplien. De fet, dintre de l'àmbit de la igualtat d'oportunitats, és el tema tractat més sovint en els acords col·lectius. Els continguts se centren més en la cura dels fills que en altres responsabilitats.

A Catalunya, segons dades de 2002, aproximadament un terç dels treballadors i les treballadores subjectes a negociació col·lectiva s'ha vist beneficiat per pactes de reducció de jornada. Un dels aspectes que més regulen els acords és aquell relatiu a diverses mesures de conciliació, que van des dels permisos no retribuïts per tenir cura dels infants, o els serveis i ajudes per a jardí d'infància o escolar, fins a les ajudes per a fills o familiars amb discapacitat, passant per la protecció a la maternitat o les clàusules sobre parelles de fet. Entre el 25% i el 68% dels acords recullen mesures d'aquests tipus.

En general, els processos negociadors del sector públic i les taules de negociació autonòmiques mostren més activitat i interès en aquest tema. Han elaborat normes i acords que completen i milloren la Llei 39/99; per exemple, es poden trobar algunes mesures d'acció positiva que incentiven l'exercici dels drets de conciliació per part dels homes.

El III informe Randstad^[77] analitza des de la perspectiva de la conciliació els convenis publicats a tot Espanya entre setembre del 2003 i febrer del 2004. De les seves conclusions es desprèn que moltes crítiques que es fan a la legislació sobre conciliació poden traslladar-se a la negociació col·lectiva.

Un nombre encara molt reduït d'acords aprofita aquest àmbit de negociació per millorar o suplir les mancances legislatives. No es tenen en compte les noves modalitats de família (per exemple, només el 4,6% dels convenis analitzats té en compte el permís per constitució de parella de fet). Es regulen majoritàriament permisos i excedències, mentre s'obliden mesures més bàsiques referides a horaris (per exemple, només el 3,7% dels acords dóna preferència a l'hora d'escollir torn als treballadors i treballadores amb responsabilitats familiars). Se segueixen negociant plusos per aspectes com la quantitat d'hores, la disponibilitat i flexibilitat o l'assistència, amb la qual cosa els qui decideixen dedicar més temps a les seves famílies es veuen perjudicats. Pràcticament no es permeten permisos no previstos als textos legals però importants per a la conciliació, en matèria d'excedències, de reducció de jornada, de permisos per a la lactància o de naixement de fills prematurs, els ajuts per fills discapacitats apareixen en molt pocs i les preferències per a l'assignació de vacances no tenen en compte criteris de conciliació. Fins i tot en supòsits tan evidents com el de lactància, només el 2,3% dels convenis amplia l'edat del bebè perquè la mare gaudeixi de l'hora diària d'absència del treball.

En definitiva, queda encara molt camí per recórrer fins que s'eviti, per exemple, que una mare trobi menys obstacles, fins i tot econòmics, per abandonar la feina quan tingui un fill, o que el tipus de contracte no suposi diferència de garanties en el moment d'exercir els drets de conciliació. Constitueix també un repte important assolir, tal com es recull en les disposicions addicionals de la Llei 39/99, que els homes assumeixin una part igual de les responsabilitats familiars.

Hi ha també un debat obert sobre quin és el model de conciliació a implantar, qui necessita conciliar, què és el que s'ha de conciliar i de quina manera. Les polítiques de conciliació han de ser polítiques de protecció de la família? Les mesures han de protegir especialment les treballadores amb fills? S'ha de tendir a l'alternança entre vida laboral i funció reproductora, o més aviat es tracta de compatibilitzar ambdues facetes procurant que cap no en surti desfavorida? Els pares treballadors han de tenir els mateixos mecanismes que les mares, o necessiten accions positives? Han de ser prioritàries les mesures dedicades a tenir cura dels fills, o més aviat a tenir cura de persones dependents?

2.3 LA PROMOCIÓ DE LA SALUT EN EL TREBALL

En els últims anys i de forma paral·lela a l'evolució del concepte de salut, els estàndards de seguretat i salut en el treball han evolucionat del compliment estricte de la normativa i d'actuacions merament reactives cap a una cultura de la salut on la sostenibilitat i la responsabilitat social constitueixen la base d'actuacions proactives dirigides a assolir l'excel·lència.



Les bases de l'activitat general en promoció de la salut en el treball les van proporcionar dos factors. El primer, la directiva marc en seguretat i salut, transposada a la legislació espanyola per la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals, que va preparar el terreny per a una reorientació de la legislació i de l'exercici tradicional de la seguretat i la salut en el treball; el segon, el creixent interès del lloc de treball com a camp d'actuació de la salut pública tal com va quedar palès a la Carta d'Ottawa (OMS, Ginebra, 1986) i en les estratègies europees per combatre la discriminació, promoure la igualtat i l'equitat, i per fomentar la responsabilitat social corporativa.

Més recentment, l'Estratègia europea per a la seguretat i la salut (2002-2006) va introduir un abordatge més global en la gestió de la salut proposant el benestar en el treball i una millora de la qualitat del treball, i fomentant uns vincles més estrets entre aquella i l'estratègia en matèria de salut pública.

Tots aquests canvis s'han vist reflectits també en el diàleg social i en el Llibre blanc de la vigilància de la salut per a la prevenció de riscos laborals.

Així doncs, els objectius ja no es limiten a la reducció dels accidents de treball i les malalties professionals, sinó que també inclouen la creació d'unes condicions de treball i uns entorns saludables. S'ha passat d'una separació clara entre els aspectes tècnics i humans a una connexió recíproca; de compartiments tancats i poc comunicats a equips multidisciplinaris coordinats tant internament com externament. En resum, d'un nivell mínim de sistematització que tenia com a resultat esperat el compliment de la normativa i la prevenció dels accidents i de les malalties professionals s'està evolucionant cap a un nivell d'excel·lència que s'edifica sobre la millora contínua i la integració de la salut en el desenvolupament de l'estratègia empresarial, anant més enllà de la normativa i promovent la innovació i el benestar de la població treballadora i de la societat en general.

En aquest escenari (en què no es qüestiona la importància d'uns recursos humans competents, sans i motivats en la consecució dels objectius empresarials), la promoció de la salut en el treball pot assolir un paper rellevant per preparar i capacitar tant els treballadors i les treballadores com les organitzacions per afrontar els continus canvis derivats del nou marc productiu.

Basada en la definició apareguda a la Carta d'Ottawa, "Procés de capacitació de les persones per augmentar el control sobre la seva salut i millorar-la", i tenint en compte que la salut:

“És molt més que l’absència de malaltia. S’ha de tenir en compte, en la seva protecció i promoció, no tan sols els aspectes físics, sinó també els mentals i socials. Es pot considerar en termes de capacitat i oportunitat per satisfer les necessitats vitals, incloent-hi l’autonomia, la joia i la solidaritat, Implica lluita i negociació amb el medi tant a nivell individual com a col·lectiu i que guarda relació amb les condicions de treball, enteses en el seu significat més ampli...”

la xarxa europea de Promoció de la Salut en el treball (<http://www.enwhp.org>) va consensuar l’any 1996 la definició següent:

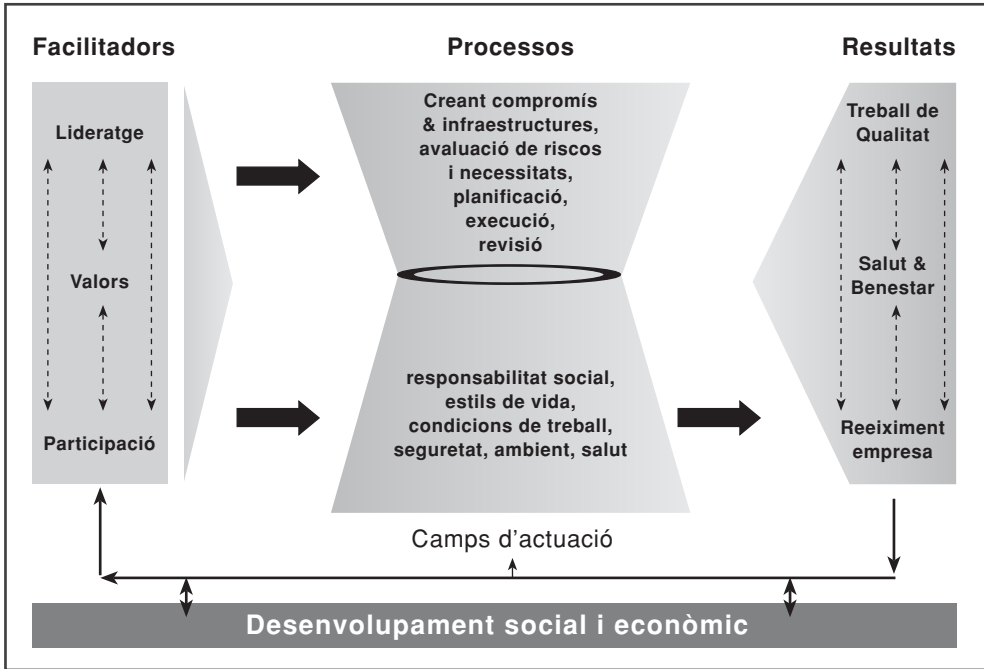
“La promoció de la salut en el treball (PST) és unir els esforços dels empresaris, treballadors i la societat per millorar la salut i el benestar de les persones en el lloc de treball. Això es pot aconseguir combinant activitats dirigides a millorar l’organització i les condicions de treball, promovent la participació activa i fomentant el desenvolupament individual”

Aquesta definició defensa la integració de la PST en les intervencions tradicionals de prevenció de riscos laborals i intenta establir un marc conceptual que ajudi a organitzar i emprendre programes de salut a l’empresa que considerin actuacions a tots els nivells (individual, relacional, en l’organització, ambiental, institucional i social), cercant la participació i col·laboració de tots els agents rellevants tant dintre com fora de l’empresa: administracions competents, experts, empresaris i treballadors. La PST es constitueix aleshores com un procés polític i social global que inclou tant les accions dirigides a enfortir les habilitats i capacitats dels individus com a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques.

La figura 2.3.1 resumeix el model de gestió de la salut en el treball que defensa la xarxa europea de promoció de la salut en el treball i que ha resultat de la posada en comú d’experiències i coneixements entre els membres i associats de l’esmentada xarxa (estats membres de la UE, països de l’àrea econòmica europea i organismes com ara l’OMS, l’OIT, l’Agència Europea per a la Salut i la Seguretat i la Fundació Europea per a la Qualitat de Vida i de Treball, entre d’altres).



Figura 2.3.1 Model ENWHP de gestió de la salut en el treball.



Font: ENWHP.

Plantejar quines són les activitats que cauen dins l'esfera de la promoció de la salut en el treball suposa tenir clar què entenem per salut en sentit positiu i quines són les dimensions sobre les quals es pot actuar.

Aplicant la Carta d'Ottawa al lloc de treball, es pot dir que la PST engloba totes les activitats que permeten millorar la salut i promoure el benestar tant individual (treballador/a) com col·lectiu (empresa/societat) [78] en les esferes físiques, mentals i socials.

Aquestes activitats es poden classificar en tres categories lligades a canvis de conducta; entorns i organitzacions del treball saludables i desenvolupament d'una cultura de la salut i d'una política de salut a les empreses.

Seguint el model de resultats de la promoció de la salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), els efectes d'aquesta en el lloc de treball es distribueixen en tres nivells diferents (figura 2.3.2):

Figura 2.3.2 Resultats de la promoció de la salut en el treball a l'empresa.

A llarg termini	↑ Qualitat de vida. Equitat. Imatge de l'empresa. Productivitat. Eficiència. Retenció dels treballadors. Desenvolupament social i econòmic sostenible .	↓ Absentisme. Accidents del treball i comuns. Malalties professionals, relacionades i comunes. Abandonament prematur de la feina. Rotació dels treballadors. Emissions contaminants a l'ambient.	
A mitjà termini	Conductes saludables Estils de vida saludables. Conductes segures. Observança de normes.	Condicions de treball i d'organització saludables Serveis de prevenció efectius. Disseny per a tots. Absència de barreres per al desenvolupament professional i personal.	Cultura de la salut Integració de la salut en les decisions empresarials. Compromís actiu de la Direcció. Transversalitat de la salut en les polítiques de recursos humans, qualitat, responsabilitat social, prevenció de riscos laborals.
A curt termini	Consciència de salut ↑ Coneixement. ↓ Participació activa dels factors de risc.	Condicions de treball i entorns promotors de salut Millora del clima laboral. Satisfacció i motivació laborals. Possibilitat d'elecció de conductes saludables.	Establiment d'infraestructures Cercles de salut. Grups de treball. Agents de promoció. Polítiques de salut. Assignació de recursos.
Nivell	Conducta individual	Entorn de suport	Cultura i polítiques empresarials

Font: Elaboració pròpia en base a IUPHE (2000).



- Efectes socials (ex.: qualitat de vida en el treball, equitat) i de salut (ex.: reducció dels danys a la salut, de les jubilacions anticipades) a llarg termini que poden manifestar-se fora del lloc de treball i estan sotmesos a nombroses i complexes interaccions amb factors tant interns com externs.
- Efectes sobre els determinants de salut com ara estils de vida, entorns saludables i segurs, serveis de salut efectius. Solen ser efectes a mitjà termini.
- Efectes a curt termini sobre els factors personals, socials i estructurals que han de canviar per aconseguir els efectes a mitjà termini com són la millora del coneixement en els temes relacionats amb la salut, actituds saludables, més participació, polítiques de salut...

Aquestes intervencions, tant a les empreses com des dels serveis de prevenció aliens, amb la col·laboració de les administracions sanitària i laboral, afavoririen detectar i tractar millor els danys i les malalties que es produeixen en les dones (i en els homes) com a conseqüència d'unes condicions de treball i de vida inadequades, a la vegada que permetrien evitar la sortida de la dona del mercat de treball i, per tant, millorarien la seva qualitat de vida en la maduresa i la vellesa.

A tall d'exemple, la taula 2.3.1 proposa diferents àrees i tipus d'intervenció per la promoció de la salut de les dones treballadores. No cal dir que aquest discurs s'aplica perfectament al gènere masculí i a les seves necessitats de salut en el lloc de treball, les quals poden ser comunes a les de les dones o bé singulars.

Taula 2.3.1 Exemples d'àrees i tipus d'intervenció.

Àrees d'intervenció	Tipus d'intervenció
Tabac	Tríptics informatius Grups de suport Entorn sense fum
Conciliació laboral/personal	Organització del temps Horaris segons necessitats Subvencions guarderies/Ajuts familiars
Lactància	Consells nutricionals Flexibilitat horària i pauses Treball a domicili
Dona climatèrica	Educació per a la salut Adequació del lloc de treball Passejades en grup
Violència	Mesures d'autoprotecció Suport social

Font: Elaboració pròpia.

2.4 LES MALALTIES PROFESSIONALS I ELS ACCIDENTS DE TREBALL

Els efectes d'unes condicions de treball inadequades sobre la salut de la població treballadora poden manifestar-se tant en l'esfera física com en la mental o la social.

Els danys a la salut derivats del treball, objecte de prevenció en la normativa de prevenció de riscos laborals, són diversos i inclouen tant els accidents i les malalties com les alteracions del benestar: l'amputació traumàtica d'un dit, la silicosi o la insatisfacció són exemples d'aquests impactes.

Aquests efectes es tracten en la legislació des de dues òptiques ben diferenciades: la que correspon a la prevenció de riscos laborals i la derivada del sistema reparador de la Seguretat Social.

A efectes preventius, qualsevol malaltia, dolença, afecció o trastorn que tingui relació amb la feina desenvolupada pel treballador i la treballadora ha de ser motiu d'estudi i control per part dels agents rellevants. La disponibilitat d'una informació fiable i completa relacionada amb tots aquests fenòmens és la que permetrà ajustar els programes de prevenció a les necessitats reals de la població treballadora.

Al costat d'aquesta faceta preventiva, es troba l'enfocament, molt més restrictiu, relacionat amb la compensació i la reparació del dany. És el que dona lloc al reconeixement de prestacions al treballador o a la treballadora afectada. Són els accidents de treball i les malalties professionals, definits actualment en els articles 115 i 116 del Text refós de la Llei General de la Seguretat Social¹⁵. Ambdós són danys a la salut per als quals la nostra legislació ha establert uns mecanismes d'indemnització que intenten compensar les pèrdues en salut infligides als treballadors i treballadores quan els mecanismes de prevenció han fallat.

La no discriminació per raó de gènere (però també en general) en aquest tema passa principalment per una igualtat d'oportunitats en la identificació, prevenció i reparació d'aquests efectes adversos sobre la salut.

¹⁵ Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, BOE.



La identificació dels danys relacionats amb el treball

Al llarg d'aquest estudi, l'escassetat o la manca de dades sobre els danys a la salut en les dones treballadores i la seva dispersió han estat un dels obstacles més freqüents per descriure la situació de les dones en termes de salut.

Els diferents sistemes de recollida de dades no són universals ni en allò que es refereix a la població treballadora ni en el que pertoca als danys, i no permeten encreuaments fiables.

Per exemple, una part de les treballadores de la llar o les dones en el món rural o en l'economia informal no estan incloses en les dades de sinistralitat laboral. Com no ho estan tampoc els autònoms (homes o dones) que no han optat per la cobertura de les contingències professionals¹⁶.

Si, a més, la raó de les polítiques de prevenció de riscos laborals és eliminar o reduir els danys relacionats amb el treball, no són suficients les dades d'accidents de treball i de malalties professionals: les malalties relacionades amb el treball, la morbiditat percebuda i les incapacitats laborals són també importants.

Aquesta identificació esdevé també més complicada en els casos de malaltia relacionada amb el treball. La immediatesa dels efectes en els accidents fa evident la causa laboral del dany que es produeix. Però aquest no és el cas de les malalties que es desenvolupen de forma insidiosa, amb un temps de latència llarg i una simptomatologia inespecífica que afavoreix en molts casos el tractament del treballador o la treballadora en el Sistema Nacional de Salut: es parla de xifres de patologies laborals ateses pels metges de capçalera al voltant d'un 16% dels demandants d'assistència en el sistema nacional de salut^[79].

Els programes de prevenció

Les polítiques preventives en l'àrea de seguretat i salut al nostre país es basen en les dades de sinistralitat laboral. És a dir en la informació disponible a través del sistema públic de notificació d'accidents i malalties professionals: accidents de treball que es presenten majoritàriament en la població ocupada masculina i malalties professionals, sens dubte subjectes a subdetecció i subdeclaració^[24-80] i reduïdes a tan sols una part dels efectes que unes condicions de treball inadequades poden tenir sobre la salut dels treballadors i les treballadores.

¹⁶ Acollint-se al Reial decret 1273/2003, de 10 d'octubre, pel qual es regula la cobertura de les contingències professionals dels treballadors del règim especial de la Seguretat Social dels treballadors per compte propi o autònoms.

Els resultats són plans d'actuació centrats en la prevenció dels accidents de treball o en sectors amb altes xifres de sinistralitat i tradicionalment masculins com ara la construcció^[13], o propostes d'incentius per a les empreses del tipus *bonus-malus* basats en l'accidentalitat.

La reparació dels danys

La igualtat en la protecció social d'aquests danys vindria determinada, d'una banda, per una cobertura universal i unes prestacions equivalents i, de l'altra, per un reconeixement no reduccionista dels danys d'origen laboral.

Un altre factor de desigualtat a tenir en compte és el relacionat amb la discordança entre la població coberta per l'actual sistema de Seguretat Social i la població a protegir d'acord amb la normativa de prevenció de riscos laborals.

El Reial decret 1273/2003, de 10 d'octubre, ha suposat un avenç en la universalitat de la cobertura per contingències professionals per als treballadors autònoms, encara que en una base voluntària i vinculada a l'opció prèvia d'aquest treballador. Altres col·lectius, com ara les treballadores i els treballadors de la llar o les ajudes familiars en l'agricultura (ambdues categories majoritàriament feminitzades), continuen discriminats. Per exemple, la normativa aplicable a les treballadores i els treballadors de la llar¹⁷ delimita les contingències protegides; concretament l'article 22.3 disposa que "las prestaciones que este Régimen concede en caso de accidente serán las mismas que otorgue el Régimen General por accidente no laboral".

Les llistes de malalties professionals

Les definicions de malaltia professional i d'accident de treball¹⁸ presenten diferències importants. La de malaltia professional es caracteritza per un caràcter conceptual rígid i taxatiu en comparació del caràcter flexible i obert de la de l'accident de treball:

- Es considerarà accident de treball tota lesió corporal que el treballador o la treballadora pateixi arran de o com a conseqüència del treball que fa per compte aliè.
- Tanmateix, només aquelles patologies establertes o fixades prèviament en una llista tancada poden ser considerades malalties professionals i, per tant, poden ser indemnitzades.

El reconeixement de la malaltia requereix una causalitat estricta, mentre que l'accident de treball recorre a la vinculació immediata (excepte aquelles malalties que tenen com a causa exclusiva el treball i que són considerades accidents de treball).

¹⁷ Decret 2346/1969, de 25 de setembre.

¹⁸ Art. 115 i 116 del RD Legislatiu 1/1994, de 20 de juny.



A Espanya estan vigents dues llistes de malalties professionals, una per al Règim General (RG) i assimilats i l'altra per al Règim Especial Agrari (REA)¹⁹. Sense entrar en el detall de les diferències entre ambdues llistes (la del REA és encara més restrictiva i menys flexible que la del RG), una anàlisi de les malalties de la llista corresponent al Règim General ens permet comprovar que les afeccions o malalties cobertes responen a una causa única i exclusiva del treball (silicosis/síllice – brucel·losi/brucel·la – saturnisme/plom).

Això no concorda amb els anomenats riscos emergents i noves formes d'emmalaltir que provoquen efectes en les esferes mentals i socials i que solen respondre a un origen multicausal ni amb patologies d'origen clarament professional, no incloses en la llista, que afecten de forma singular certs col·lectius com ara els docents (trastorns de la veu) o el personal sanitari (*burnout*).

Així doncs, es pot dir que:

- Gran part dels danys a la salut en les dones treballadores són invisibles; no es recullen en les estadístiques oficials de sinistralitat laboral.
- Els danys laborals més freqüents en les dones no són tributaris de compensació.
- L'atenció i l'assignació de recursos dedicats a aquests problemes és molt inferior als accidents de treball (problema prioritari en els sectors masculinitzats).

2.5 FOMENT DEL TREBALL I DE LA FORMACIÓ

L'Estratègia Marc sobre la Igualtat d'Oportunitats entre Homes i Dones (2001-2005) defineix un enfocament dual. Combina, d'una banda, la integració de la perspectiva de gènere, de manera transversal, en els diferents àmbits d'actuació de la Unió Europea, i d'altra banda, les accions específiques fonamentalment de caràcter legislatiu i econòmic. Actualment està en vigor el V Programa d'acció comunitària en matèria d'igualtat entre homes i dones (2001-2005).

Al seu torn, les directrius comunitàries d'ocupació inclouen el principi d'igualtat en l'accés al mercat de treball i les possibilitats d'evolució professional. El Fons Social Europeu (FSE) ha estat l'àmbit dels fons estructurals de la UE on més s'ha integrat la perspectiva de gènere, comparat amb altres àrees^[76]. La majoria de les iniciatives dirigides a reduir les desigualtats de gènere se centren en l'ocupació i estan finançades pel FSE.

¹⁹ Decret 3772/1972, de 23 de setembre.

Hi ha diversos tipus d'activitats per a la promoció de l'ocupació, algunes dirigides específicament a col·lectius de dones:

- programes de formació, entre els quals s'inclou la formació ocupacional, les cases d'ofici i els tallers ocupacionals;
- programes de suport per al foment de l'activitat empresarial, que inclouen assessorament, gestió i finançament, tant per a l'autoocupació com per a la creació d'empreses;
- programes de foment de la contractació femenina, que inclouen ajudes de tipus econòmic dirigides a empreses, bàsicament bonificacions de les quotes de la Seguretat Social per contractació indefinida de desocupades, o per a dones amb discapacitat;
- programes de sensibilització i difusió, dirigits a la societat en general i als diversos sectors empresarials, educatius, etc., amb l'objecte d'afavorir la inserció laboral i també la diversificació professional.

Mereixen un esment especial els programes adreçats a dones en procés d'integració sociolaboral. L'objectiu són els col·lectius en risc d'exclusió social, una de les causes de la qual és la falta d'ocupació, que afecta molt especialment les dones. Les activitats es destinen a aturades que es troben en diverses situacions: víctimes de violència de gènere, responsables de nuclis familiars, majors de 45 anys sense titulació, persones amb discapacitat, immigrants, minories ètniques, recluses.

Així mateix, tenen especial interès els programes d'orientació professional i els itineraris personals d'inserció. Inclouen eines per treballar algunes dificultats específiques de moltes dones, no compartides amb els homes en el moment de cercar treball remunerat, situacions com la reincorporació al mercat laboral després d'un llarg període d'inactivitat (normalment a causa de les obligacions familiars), o el fet de ser aturades de llarga durada.

Algunes iniciatives que es duen a terme a Catalunya són:

- Gabinet de suport tècnic a les cambres de comerç de Barcelona, Girona i Tarragona, destinades a promoure l'autoocupació i l'activitat empresarial de les dones;
- Programa de microcrèdits per a dones sense avals, que faciliten l'accés a finançament en condicions avantatjoses. Conveni de col·laboració entre el Departament de Treball i Indústria, la Fundació Internacional de la Dona Emprenedora i La Caixa;
- Projecte IMPULSA promogut, entre altres, pel Consell Comarcal de l'Anoia, dirigit a futurs emprenedors i emprenedores de zones rurals, amb especial atenció a col·lectius amb més dificultats com els joves i les dones;



- SURT, iniciativa per a la integració sociolaboral de dones en risc d'exclusió. Actua a la ciutat de Barcelona i a més de deu municipis propers, sobre col·lectius d'immigrants, famílies monoparentals, majors de 45 anys, maltractades, dones sense experiència laboral, etc. Desenvolupa activitats de formació ocupacional, orientació, assessorament en projectes d'autoempresa, així com projectes d'investigació;
- Campanya *Si tu vols, pots guanyar espais*, un programari d'autoorientació, adreçat a dones, responsables de recursos humans i treballadors i treballadores de l'àmbit de l'orientació i la formació professional. Elaborada per la Secretaria de la Dona de CC.OO., el seu objectiu és promoure accions orientadores, formadores i de sensibilització a fi d'incentivar la contractació i l'accés de les dones a oficis on estan subrepresentades.

Quant a l'eficàcia d'aquestes accions, no és fàcil extreure conclusions globals ni establir comparacions. L'àmplia diversitat d'entitats de caràcter estatal, autonòmic i local, emmarcades en àmbits i programes que van des de la igualtat d'oportunitats en el medi laboral, passant per l'educatiu, i que actuen en l'àrea del foment d'ocupació, dificulta el seguiment dels resultats de les actuacions. Seria aquesta una de les recomanacions més evidents: augmentar la coordinació entre diverses entitats, administracions i territoris, establir uns objectius i indicadors universals que permetin avaluar els resultats obtinguts, analitzar les variables pertinents en cada cas i comparar les dades de Catalunya i Espanya amb les de la resta de la UE.

2.5.1 ALGUNES DADES

L'any 2003, el Departament de Treball i Indústria va desenvolupar diferents programes de foment de l'ocupació^[81]; tot seguit presentem un resum de dades corresponents a les dones. El 62,5% de les persones beneficiàries d'accions d'informació i orientació professional van ser dones. Les aturades de més de 25 anys van suposar el 19,1% de la formació ocupacional, en comparació de les aturades menors de 25 anys, que van representar el 5,2%. El 48,8% de les consultes sobre programes d'autoempresa van ser plantejades per dones. En aquell any estaven en vigor 22 pactes per a l'ocupació en diversos territoris de Catalunya; la majoria d'aquests pactes inclouen entre els seus objectius desenvolupar polítiques d'igualtat d'oportunitats; d'altres, afegeixen la inserció laboral de la dona o de col·lectius amb dificultats d'accés al mercat laboral, dins dels quals s'inclouen també dones.

Pel que fa als programes de formació, les dades disponibles entre els anys 1993 i 2001^[5] mostren que, en la formació ocupacional, sempre hi ha hagut menors nivells d'inserció laboral en dones que en homes, malgrat que hi ha més participació femenina en aquest tipus de programes. A Catalunya, l'any 2000, el percentatge d'inserció per als homes fou del 76,5% en comparació del 72,6% per a les dones, encara que la diferència entre sexes és menor que en el conjunt de l'Estat.

Les dades de formació ocupacional per a Espanya^[82] dels anys 2002 i 2003 mostren que no s'estan aconseguint grans avenços en l'eficàcia d'aquest tipus d'accions. Les dones de més de 451 anys i les que tenen nivell acadèmic baix són dos dels col·lectius que presenten nivells més reduïts d'inserció. No s'està assolint trencar la segregació laboral per gèneres, ja que entre les especialitats formatives amb nivells més elevats d'inserció laboral es troben moltes ocupacions típicament feminitzades (dependentes de comerç, caixeres, cambres, hostesses/auxiliars de congressos, dependentes polivalent de distribució alimentària, etc.). L'any 2003 van trobar feina a Espanya el 63,8% de les dones que l'any anterior havien rebut formació, en comparació del 70,3% dels homes. Tanmateix, més del 60% de les persones que havien passat pel Pla Nacional de Formació i Inserció Professional a Espanya eren dones. Sembla que les dones formades en les escoles taller i cases d'oficis presenten millors taxes d'inserció.

Quant a la formació contínua, es dirigeix a l'augment del potencial de les qualificacions, per això els seus objectius són la promoció i el manteniment de l'ocupabilitat. Les dones participen en menor mesura que els homes en aquest tipus d'activitats (44,2% del total de participants en activitats de FC a Catalunya l'any 2001, la qual cosa equival a un 14,3% de les dones ocupades en aquesta comunitat autònoma)^[83]. El col·lectiu de dones de més de 45 anys, malgrat ser prioritari en les convocatòries d'aquest tipus d'accions, suposa un percentatge molt baix de participants, inferior fins i tot al que representa en la població femenina ocupada (10,4% de participació a Espanya l'any 2001, mentre que aquest tram d'edat representava el 17% de la població femenina ocupada en aquell moment).

Un estudi del Departament de Treball i Indústria^[84] posa de manifest que en cinc grups ocupacionals on la dona es troba subrepresentada s'observa un creixement en els percentatges de contractació femenina, cosa que sembla indicar una tendència des de l'any 2001. Tot i que manquen dades precises sobre l'eficàcia de les diferents mesures aplicades en aquest terreny, es pot plantejar la hipòtesi que aquests resultats són en part fruit de les polítiques de foment de l'ocupació.

El tipus de contractes indefinits registrats a Catalunya el 2002 podria mostrar també relació amb algunes activitats de foment de l'ocupació femenina. Les modalitats de foment de contractació indefinida i desocupats/des en situació d'exclusió social afecten majoritàriament dones (58,5% i 72%, respectivament); ambdues modalitats s'inclouen dintre de les actuacions d'aquest tipus de política dirigida a dones. Per contra, les treballadores apareixen en menor proporció que els homes en els contractes indefinits ordinaris i els convertits en indefinits (30,3% i 43,5%, respectivament).



La transposició i el desenvolupament de la Directiva 2002/73/CE, el termini de la qual acaba a l'octubre de 2005, obre un enorme ventall de possibilitats en matèria d'accés a l'ocupació, formació i promoció professional en condicions d'igualtat de tracte entre homes i dones. Els sindicats ja han començat a elaborar propostes.

El Pla d'Ocupació de Catalunya, amb una vigència des de 2004 fins a 2006, inclou entre els seus reptes:

- Augmentar la taxa d'activitat femenina, especialment la de majors de 45 anys.
- Augmentar l'ocupació de les dones, especialment entre 16- 24 anys, i les majors de 45 anys.
- Augmentar l'estabilitat laboral, sobretot entre les dones i els joves.
- Reduir la rotació laboral, principalment entre dones i joves.
- Impulsar la igualtat d'oportunitats.
- Reduir la taxa d'atur en dones, especialment en les majors de 55 anys, i en branques d'activitat que estan expulsant mà d'obra en determinades comarques, com el tèxtil, l'hostaleria o el comerç al detall.
- Reduir l'atur de llarga durada.

Per assolir aquests objectius s'enuncien múltiples mesures, entre les quals destaquen l'augment del control sobre la causalitat de la contractació a través de les dades de l'Observatori del Mercat Laboral i el seguiment de la inserció laboral dels aturats després de participar en accions d'inserció, orientació, formació, etc. Fóra imprescindible concretar el desenvolupament de mesures d'aquest tipus si realment es volen implantar polítiques adequades de foment d'ocupació.

Es recomana també establir més i millors mecanismes de coordinació entre l'administració encarregada d'aquests tipus d'activitats formatives i les empreses, amb l'objectiu de facilitar la inserció laboral de dones en professions molt masculinitzades.

2.6 POLÍTIQUES D'IGUALTAT

En el marc de l'Estratègia Europea de Treball, la UE-15 s'ha marcat com a objectiu assolir una taxa d'ocupació femenina del 60% abans de 2010. El 1999 només Dinamarca, Suècia, Finlàndia, Regne Unit i Holanda van registrar taxes d'ocupació femenina superiors al 60%. Per complir aquest objectiu, Espanya hauria de crear durant el període 2000-2010 tres milions nets de llocs de treball ocupats per dones^[81].

La UE-15 defineix en l'estratègia marc comunitària sobre la igualtat entre homes i dones (2001-2005)^[85] cinc objectius, el primer dels quals és promoure la igualtat entre homes i dones en la vida econòmica. A Espanya, el Consell de Ministres va aprovar el IV Pla d'Igualtat d'Oportunitats entre Dones i Homes (2003-2006) el 7 de març de 2003, seguint les directrius de l'estratègia marc comunitària. Els resultats que es presenten en aquesta tesi il·lustren el benefici potencial de polítiques per fomentar la integració de les dones al mercat de treball, però també la necessitat d'acompanyar-les d'altres que permetin la conciliació de la vida laboral i familiar, tenint en compte les necessitats de les dones en posició més desfavorida.

En el context de la UE-15, dels sis eixos de la iniciativa comunitària EQUAL 2000-2006, que constitueix un conjunt de mesures amb la finalitat de lluitar contra la discriminació i la desigualtat al mercat de treball, el quart planteja l'objectiu de fomentar la igualtat d'oportunitats d'homes i dones i la participació d'aquestes últimes al mercat de treball. En el context d'aquest quart eix, la iniciativa es marca com a prioritat conciliar la vida familiar i la professional. Segons el CES estatal, les reformes legals vinculades només a la relació laboral són insuficients i considera necessari promoure els serveis de proximitat, tal com es recull expressament en les orientacions de treball de la UE-15 del quart pilar sobre igualtat d'oportunitats^[86].

Lamentablement, a Espanya l'actual llei de conciliació de vida laboral i familiar (Llei 39/1999, de 5 de novembre) proposa exclusivament mesures sobre el treball remunerat. Aquesta llei no incorpora cap mesura que permeti assegurar que els homes s'involucrin més en les responsabilitats familiars perquè el seu disseny respecta el model actual de permisos, llicències i excedències laborals.

La legislació laboral pot adoptar un paper més actiu creant noves formes de compaginació del treball i la família que permetin que els homes comparteixin amb les dones més responsabilitats en la cura dels fills i la resta de persones necessitades de la família. Així, es podrien dissenyar fórmules dirigides en exclusiva als pares, o que el fet que ells en gaudissin suposés algun tipus d'incentiu per a ells o per als empresaris. A més, haurien de configurar-se drets que no poguessin transferir-se ni acumular-se, com el del permís per paternitat per als pares, no transmissible a les mares si els primers decideixen no exercir-lo. Segons la lògica econòmica actual, un empresari es comportaria diferent en contractar un home o una dona si cregués possible que el seu empleat masclé anés a sol·licitar un permís de paternitat. Si part d'aquest dret fos exclusiu del pare és molt probable que cada vegada més homes optessin per utilitzar-lo en comptes de renunciar-hi.



L'1 de gener de 2003 va entrar en vigor un ajut per a dones treballadores amb fills menors de 3 anys, la deducció per maternitat^[87], d'una quantia màxima de 1.200 euros anuals per cada fill menor de 3 anys. La seva novetat és que es pot cobrar anticipadament mes a mes en compte corrent com un ingrés més de l'economia familiar.

Aquesta mesura, però, té limitacions, la més òbvia és la de tractar per igual les persones desiguals, no tenint en compte les diferents necessitats de les persones, cosa que, com s'ha demostrat en aquesta tesi, és un important determinant de l'estat de salut. Així, no es consideren ni les necessitats reals de la beneficiària ni la seva situació econòmica. A més, queden exclosos els col·lectius amb condicions laborals més precàries com les treballadores a temps parcial amb jornada inferior al 50% de l'ordinària en l'empresa en còmput mensual, les treballadores a jornada completa en alta menys de 15 dies al mes, les que no tenen contracte laboral o les que treballen en l'economia submergida. Les treballadores amb contractes temporals que no cobreixen tot l'any no tenen dret a la deducció completa dels 1.200 euros anuals, sinó a la dels mesos que hagin cotitzat. Aquesta quantia difícilment podria permetre costejar una guarderia pública, i està molt lluny dels preus de les guarderies privades que, atesa la insuficiència dels recursos públics, són utilitzades per la majoria.

L'escàs desenvolupament de centres públics per a l'atenció de nens i nenes de 0 a 3 anys s'explica per raons polítiques, però també per la manca de demanda deguda a dues raons: 1) les elevades taxes d'atur de la població femenina jove que fa que moltes mares no necessitin aquests serveis, i 2) l'existència d'un gran nombre d'àvies que viuen prop del domicili de les seves filles o joves i atenen les criatures mentre les mares treballen fora de casa. Aquesta situació podria canviar si millora la situació del mercat laboral per a les dones, per la qual cosa tant mares com àvies en edat de treballar podrien entrar al mercat de treball^[88].

La UE-15 impulsa l'adopció de mesures per conciliar la vida laboral i familiar des de diferents àmbits. Al V Programa d'Acció Comunitària per a la igualtat entre dones i homes, la conciliació de la vida laboral i familiar ha estat l'objectiu estratègic durant el període 2001-2005. Els estats haurien d'incrementar la prestació de serveis d'atenció de les criatures i altres persones dependents, fomentar el repartiment de les responsabilitats familiars i professionals i facilitar la tornada al treball després de períodes de baixa.

A escala europea s'està produint una expansió de la prestació de serveis a les famílies, els anomenats serveis de proximitat. Es tracta d'un conjunt de mesures molt variades que tenen en comú l'aportació externa de recursos en forma de serveis que contribueixen a ajudar aquestes famílies a tenir cura dels fills petits i de les persones adultes dependents.

Aquests serveis poden ser proporcionats directament per l'Administració, gratuïtament o no, o bé pel mercat, sia a preus subvencionats o no. Entre el llarg catàleg de serveis de proximitat es troben les guarderies infantils, els serveis d'assistència a domicili o els centres de dia. Les ocupacions anomenades de "proximitat", d'economia social o "familiars" són considerades com una gran font de treball, sobretot per a dones i joves, la qual cosa contribueix a alleujar les necessitats de les famílies^[89]. Però, de fet, aquests treballs de proximitat no són nous: la novetat important és que siguin propiciats i subvencionats pels poders públics.

Segons el CES^[5], a Espanya el panorama general de les polítiques adreçades a la conciliació de la vida familiar i laboral es caracteritza per la seva dispersió. A la pluralitat d'administracions amb competències (estatal, autonòmica i local) s'afegeix la diversitat de departaments competents. Així, tot i que la conciliació de la vida laboral i familiar ha entrat en l'agenda política, hi ha poques iniciatives concretes, poc compromís pressupostari i un desequilibri entre les mesures estrictament laborals (permisos o excedències per motius familiars o reordenació de la jornada laboral) en comparació de les carències en matèria de serveis i infraestructures de suport a l'atenció de les criatures i de les persones dependents.

2.7 POLÍTIQUES DE SALUT PÚBLICA

Les polítiques de salut pública i de salut laboral es desenvolupen alhora però amb molt poca interacció entre elles. Ambdues, però, comparteixen una visió tradicional i reduccionista de la salut laboral. Al Pla de Salut de Catalunya 2002-2005, els objectius en salut laboral es limiten a la reducció de la morbiditat i la mortalitat per accidents de treball, sense cap abordatge de gènere. Cap de les intervencions adreçades a millorar les conductes relacionades amb la salut com ara el consum de tabac, els hàbits alimentaris i l'exercici físic o trastorns de salut com la salut mental, el càncer o les malalties cardiovasculars, per exemple, no consideren el lloc de treball com un entorn potencial sobre el qual actuar. Les dades aquí presentades evidencien el paper del treball com a promotor de la salut o com a risc. Un estudi recent evidenciava les profundes desigualtats de gènere i classe en la salut laboral, fet que il·lustrava el potencial de les condicions de treball en la millora de la salut de la població treballadora^[90]. A més, l'entorn de treball és ideal per portar a terme iniciatives de promoció de la salut, perquè el fet que els treballadors i les treballadores hi passin moltes hores al dia facilita el seu accés.

Des de l'àmbit de la salut pública s'ha fet un esforç per introduir la sensibilitat per la salut laboral i la perspectiva de gènere en la segona Enquesta de salut de Catalunya, la qual cosa ha permès obtenir informació que les fonts de dades rutinàries no proporcionen.



Les polítiques de salut laboral continuen amb la visió tradicional d'aquesta i se centren en els accidents de treball. La perspectiva de gènere, quan n'hi ha, es limita a protegir la salut reproductiva. Les avaluacions de riscos i els plans de prevenció responen a aquesta visió, centrades en els riscos de seguretat i higiene, sense abordar els factors ergonòmics i, sobretot, els de naturalesa psicosocial que en el mercat laboral actual són els de més impacte en la salut de la població treballadora.

Aquest context és consistent amb la pobresa dels sistemes d'informació en salut laboral i de recerca en aquest camp. Els primers se centren en els accidents de treball i malalties professionals, però no existeix pràcticament informació sobre altres riscos o sobre trastorns de salut relacionats amb el treball. I és que la salut laboral continua tenint una orientació legalista i assistencial amb poc espai, i clara resistència, per a la creativitat científica.

3. L'actuació dels organismes públics rellevants en els temes de gènere, salut i prevenció de riscos laborals

Les administracions públiques amb un paper essencial en la prevenció de riscos laborals són l'administració laboral i l'administració sanitària, tant en l'àmbit central com autonòmic.

L'Administració laboral actua principalment en l'àmbit estatal a través del Ministeri de Treball i dels organismes que en depenen: la Inspecció de Treball i Seguretat Social (ITSS) i l'Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), i en l'àmbit autonòmic mitjançant el Departament de Treball i Indústria del qual depèn la Subdirecció General de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball, que disposa de quatre centres de seguretat i condicions de salut.

L'Administració sanitària ho fa al seu torn a través del Ministeri de Sanitat i Consum (de l'Administració General de l'Estat) i el Departament de Salut pel que fa a Catalunya.

En aquesta secció, s'ha analitzat l'actuació dels organismes d'àmbit autonòmic i la Inspecció de Treball i Seguretat Social. L'anàlisi de l'actuació d'aquests organismes en el tema de gènere s'ha fet, en el cas que estiguessin disponibles, a partir dels plans d'actuació anuals o plurianuals i/o les memòries anuals.

3.1 INSPECCIÓ DE TREBALL I SEGURETAT SOCIAL

Les funcions assignades a la ITSS²⁰ en l'àmbit de la prevenció de riscos laborals inclouen vigilar el compliment de la normativa i la proposta de sancions de les infraccions; assessorar i informar les empreses i els treballadors perquè es compleixin de manera més efectiva les disposicions; elaborar informes per al Jutjat Social i per a l'Autoritat Laboral; comprovar i afavorir el compliment de les obligacions assumides pels serveis de prevenció i ordenar la paralització immediata dels treballs si s'adverteix un risc greu i imminent per a la seguretat o salut dels treballadors i les treballadores.

Segons la programació de l'activitat inspectora per a l'any 2004²¹, les actuacions de la ITSS giren al voltant de sis eixos principals, la majoria dels quals poden implicar de forma directa o indirecta un impacte en la situació socioeconòmica i en la salut de les dones treballadores a Catalunya. En la Taula 3.1.1 es plasmen aquests eixos i alguns dels subapartats principals.

²⁰ Art. 9 de la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals.

²¹ Facilitada pel Departament de Treball i Indústria.



Taula 3.1.1 Eixos i àrees programades per a l'activitat de la ITSS per a l'any 2004.

Política de promoció de l'ocupació	Control d'aplicació del RD 1046/2003.
Lluita contra les discriminacions	Control del treball dels discapacitats. Control del principi d'igualtat de la dona: - Assetjament sexual. - Discriminació per raó d'embaràs i de maternitat. - Discriminació salarial per raó de sexe.
Aflorament del treball irregular	Estrangers. Economia irregular.
Relacions laborals	Contractacions temporals. Empreses de treball temporal. Jornada laboral, hores extres, temps de treball. Subcontractació, empreses de serveis i cessió de treballadors. Eleccions sindicals. Classificacions professionals. Actuacions derivades dels serveis prestats en el Departament de Treball.
Política de prevenció de riscos laborals	Investigació d'accidents i de malalties professionals. Actuacions en sectors, en determinats riscos o en empreses d'especial perillositat. Actuacions relacionades amb la gestió de la prevenció. Actuacions relatives a entitats de prevenció.
Règim econòmic de la Seguretat Social	Funcions directes de la ITSS. Col·laboració amb entitats gestores i servei comú del sistema de la Seguretat Social.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pel Departament de Treball i Indústria.

Les actuacions de la ITSS poden ser reactives (conseqüència en general de denúncies dels treballadors o de declaracions d'accidents de treball o de malalties professionals) o preventives (campanyes i iniciatives de la ITSS).

Una lectura de les activitats específiques programades per a l'any 2004 en prevenció de riscos laborals mostra una hipertròfia dels objectius lligats a l'accidentalitat i a sectors masculinitzats o a riscos a què està exposada de forma majoritària la població treballadora masculina; la construcció, els transports, les activitats amb exposició a amiant i les estacions depuradores són alguns exemples d'aquests riscos.

La selecció de les empreses que seran objecte de visita/inspecció es fa, doncs, majoritàriament a partir dels índexs d'accidentalitat. Això suposa una dedicació menor a altres danys expressats o potencials que, en els cas de les dones, són diferits i invisibles en les estadístiques oficials.

A part dels objectius, la ITSS presenta anualment una sèrie d'indicadors quantitius com ara l'import de les sancions i el nombre d'actuacions, infraccions, treballadors afectats per les sancions, requeriments i paralitzacions.

Segons el CES²² estatal, la ITSS va intensificar la seva actuació durant l'any 2003, en dedicar un terç de la seva activitat als temes de Seguretat i Salut Laboral. En la taula 3.1.2 es troben els valors d'aquests indicadors per a l'any esmentat a Espanya.

Taula 3.1.2 Activitat realitzada per la ITSS en l'àrea de seguretat i salut laboral, 2003.

Nre. actuacions	464.138
Nre. infraccions	46.505
Import de les sancions proposades (E)	111.519.581,80
Nre. treballadors afectats per les infraccions	452.334
Nre. requeriments de reparació	161.668
Nre. de paralitzacions	3.066

Font: Memòria Socioeconòmica 2003 (CES)

A partir d'aquests indicadors no es pot fer una anàlisi de l'impacte de la ITSS en termes de millora de les condicions de treball de les dones (ni dels homes) o de l'eficiència de les intervencions.

L'any 2002, el Ministeri de Treball i Assumptes Socials va publicar els resultats del treball d'un projecte europeu sobre la seguretat i salut laboral de la dona embarassada, lactant o que ha donat a llum recentment, així com sobre els riscos per a la reproducció^[91]. Aquest projecte va ser liderat per la ITSS i un dels productes resultants fou un protocol d'actuació per a la mateixa ITSS per controlar el compliment de la normativa aplicable.

²² Memòria socioeconòmica, any 2003.



No s'han pogut trobar indicadors relacionats amb aquest tema en termes de visites específiques o de requeriments i sancions derivades, o en forma de campanyes específiques de tipus preventiu, com ara l'estudi i el seguiment dels llocs de treball motiu de suspensió de contracte per embaràs a risc.

3.2 DEPARTAMENT DE TREBALL I INDÚSTRIA

En l'exercici de les competències d'execució de la legislació en prevenció de riscos laborals, el Departament de Treball i Indústria té com a objectiu l'assoliment d'entorns laborals segurs i saludables i la promoció de la cultura preventiva.

Per a l'any 2003, els objectius estratègics de la Subdirecció General de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball es van agrupar de la forma següent:

1. Abans del 2005, la sensibilització en prevenció de riscos laborals haurà d'arribar al 100% de les empreses i al 70% de la població general de Catalunya.
2. Crear nous sistemes d'informació i investigació en la detecció dels danys derivats del treball i de la realitat preventiva de les empreses.
3. Establir un mecanisme permanent de control sobre el compliment de la normativa vigent, sensible a la realitat laboral.

Entre els 46 programes que desenvolupaven els objectius operatius relacionats amb els corresponents objectius estratègics, la dona o els danys a la salut més freqüents en les treballadores no són tractats o estudiats de manera específica.

Sota l'objectiu estratègic de sensibilització, al web dedicat a la salut laboral s'han trobat molt pocs cursos o materials informatius o formatius que tractin de temes específics per a la salut de la dona treballadora.

Per a la concessió d'ajudes econòmiques i préstecs es parla de criteris de perillositat de l'activitat i de gravetat dels danys que es puguin produir per l'absència de les mesures preventives; les matèries objecte de possible préstec són la substitució i l'adequació d'equips de treball, les instal·lacions per al control de contaminants, el disseny ergonòmic de llocs de treball, la senyalització i d'altres relacionades amb els objectius perseguits.

Quant a la millora del sistema d'informació i investigació dels danys derivats del treball, són freqüents les referències als accidents de treball i als sectors masculinitzats.

Cal esmentar la iniciativa del Departament de Treball i Indústria de publicar el juliol de 2004, per primera vegada, un butlletí estadístic periòdic sobre Dona i Treball²³ amb vocació de ser un observatori constant de la situació de la dona en el món laboral. Tanmateix, tot i ser una molt bona iniciativa, fóra bo introduir indicadors relacionats amb el treball reproductiu (per exemple, hores de treball domèstic i d'atenció de persones dependents), les malalties relacionades amb el treball i l'impacte de la maternitat (evolució dels permisos de maternitat i paternitat; nombre de suspensions de contracte per embaràs de risc per motius laborals) i, per què no, les actuacions de la ITSS en relació amb el tema de gènere.

Una possible conclusió derivada de l'anàlisi del document d'objectius per al 2003 és que la planificació de l'estratègia d'actuació sembla respondre a un abordatge neutral des del punt de vista de gènere.

3.3 DEPARTAMENT DE SALUT

Els objectius de salut relatius a l'actuació sanitària en prevenció de riscos laborals es troben en el Pla de Salut 2002-2005.

Per a l'any 2010, aquests objectius de salut i de disminució de risc estan relacionats amb el descens de la morbiditat i mortalitat per accident de treball.

Tanmateix, el marc de referència per a l'actuació no són tan sols els accidents, sinó també les malalties professionals i les malalties relacionades amb el treball. Per això, els objectius operatius del Pla de salut 2002-2005^[92] prenen en consideració les àrees següents:

- Sistema d'informació en salut laboral;
- Formació dels professionals que integren tots els estaments sanitaris;
- Detecció precoç de les malalties i adopció de mesures preventives;
- Apoderament del treballador i la treballadora.

Una de les activitats incloses en el Pla és l'elaboració de Guies de Bona Praxi per a la vigilància de la salut de la població treballadora. Aquestes guies són un conjunt de recomanacions per guiar els professionals i els usuaris en el procés de presa de decisions sobre l'atenció sanitària més apropiada.

²³ http://www.gencat.net/treballiindustria/doc/doc_71772283_1.htm



Fins ara s'han escrit 5 guies²⁴: quatre de relacionades amb els agents biològics i una en què s'estableix un examen bàsic de salut per aplicar a qualsevol treballador o treballadora a l'inici de la seva activitat laboral i com a nucli dels exàmens de salut específics segons el risc.

Encara que en aquest examen es té en compte la història ginecològica de la dona, es troba a faltar la informació relacionada amb el treball reproductiu que, com s'ha vist en seccions anteriors, pot ser un factor important en la producció o l'agreuament de malalties o danys relacionats amb el treball.

Són també especialment rellevants per a la salut de la dona treballadora els objectius lligats a l'actuació de les unitats de Salut Laboral, la formació dels professionals sanitaris (especialment a l'atenció primària) i la creació i difusió d'un programa estratègic de promoció de la salut.

Ara bé, l'impacte real de les intervencions derivades d'aquests objectius i la seva repercussió en la salut de les dones vindrà determinada pel model de salut de referència utilitzat pels professionals sanitaris responsables del disseny i l'execució, i també pel seu coneixement i sensibilitat envers la perspectiva de gènere.

Aquí, igual com en l'estratègia d'actuació de l'Administració laboral, la perspectiva de gènere sembla també una perspectiva neutra.

4. La sensibilitat de gènere en les eines i els mètodes d'intervenció en la prevenció de riscos laborals

La nova estratègia comunitària sobre salut i seguretat^[11] té, entre els seus objectius, integrar la dimensió d'igualtat entre homes i dones en l'avaluació del risc, les mesures preventives i els mecanismes d'indemnització. Les eines preventives constitueixen, per tant, un dels àmbits en què s'ha de procurar introduir la dimensió de gènere per aconseguir reduir el desequilibri entre homes i dones en matèria de salut i qualitat de vida laboral.

²⁴ <http://www.gencat.net/salut/depsan/unitats/sanitat/html/ca/dir146/doc5259.html>

Un informe recent de l'Agència Europea^[13] confirma que els riscos de les treballadores són subestimats i que existeix una falta de reconeixement de l'impacte del treball en la salut de les dones. L'activitat preventiva presenta el mateix androcentrisme que altres àmbits de la societat. El tòpic porta a suposar que el treball de les dones és lleuger. El model preventiu tradicional és neutre quant al gènere, però de fet es basa en el patró de referència del treball dels homes. Hi ha una atenció preventiva diferencial cap als riscos i efectes en la salut propis dels treballs desenvolupats per homes: més investigació, més legislació, més metodologies d'anàlisi, més dades estadístiques, més programes d'actuació preventiva, més recursos.

Tal com afirma l'OIT^[93], el punt de vista sobre la salut de la dona s'ha basat en el model biomèdic i els tòpics sobre les capacitats humanes, per la qual cosa gairebé no s'ha prestat atenció als aspectes ambientals. Els riscos de les treballadores han estat infravalorats perquè la salut laboral i els estàndards i límits d'exposició a substàncies perilloses es basen en poblacions masculines.

Quan es protegeix de manera específica les dones es fa sempre partint de les diferències biològiques, bàsicament relacionades amb la seva funció reproductora, amb la qual cosa les converteix gairebé en un col·lectiu "malalt". Sovint la intervenció consisteix més a allunyar la dona de la font del risc, limitant la seva presència, que a actuar eliminant l'origen del problema. D'aquesta manera, tant treballadors com treballadores hi surten perdent, perquè mentre s'allunya les dones del treball nocturn, de les càrregues elevades o de determinades substàncies químiques (tal com ha succeït al llarg de la història de la prevenció), dificultant el seu accés al món laboral, es manté els homes exposats a situacions de risc sobre les quals no s'actua preventivament.

No obstant això, hi ha altres aspectes biològics diferencials que són sistemàticament ignorats en l'atenció preventiva, com és ara la relació entre exposició laboral i alteracions menstruals. D'altra banda, les malalties pròpies de les dones o amb més prevalença en aquest col·lectiu no reben una atenció prioritària en l'àmbit de la prevenció. Per exemple, gairebé no hi ha estudis que relacionin el càncer de mama amb les condicions de treball^[94].

A continuació s'esmenten diversos instruments tant de tipus general com propis de diferents àrees de la prevenció. S'hi inclouen tant referents legals com recomanacions tècniques i metodologies.



4.1 EINES I MÈTODES GENERALS

A causa de la segregació ocupacional en funció dels rols sexuals, les dones fan feines en què estan exposades principalment a riscos ergonòmics i psicosocials i, en molt menor mesura, a riscos d'accident o higiènics.

Tant els instruments d'avaluació de riscos com els criteris de valoració i prioritització més comuns presenten un evident biaix cap a la seguretat, cap a tot allò que té a veure amb la prevenció d'accidents laborals, i deixen en segon terme altres exposicions potencialment nocives per a la salut, com les ergonòmiques o les psicosocials. Per exemple, el Departament de Treball va editar una guia per a l'avaluació a les Pime^[95]; dels 30 ítems que apareixen a la plantilla d'identificació general de riscos, 26 fan referència a riscos d'accident, vinculats a les condicions de seguretat, 3 a malalties relacionades amb riscos higiènics i l'últim és una espècie de calaix de sastre on s'inclourien tots els altres riscos. Els criteris per valorar els riscos són la combinació de la probabilitat i la severitat.

El manual homònim de l'INSHT^[96] inclou 22 llistes de control per avaluar altres riscos. Entre aquests es troben la càrrega física (amb tímides referències a postures i repetitivitat, a més de la manipulació de càrregues) i els factors d'organització del treball.

Respecte als criteris de valoració, s'ha fet extensiu l'ús d'un sistema^[97] basat en la combinació de dos elements: la probabilitat del dany i la gravetat de les conseqüències, creat expressament per avaluar el risc d'accidents de treball. L'aplicació indiscriminada d'aquest sistema en altres àrees de la prevenció on els accidents no són l'efecte esperable, com la higiene, l'ergonomia o la psicosociologia, perjudica indirectament les treballadores. El sistema concedeix més importància als danys materials de caràcter físic i immediat, per la qual cosa les exposicions típiques dels treballs fets per dones seran sistemàticament subestimades i, per tant, aquests riscos no seran mai prioritaris en l'acció preventiva de l'empresa.

Com a aspecte positiu, poden esmentar-se algunes eines sectorials per avaluar riscos elaborades per l'INSHT, que engloben diverses branques d'activitat amb ocupació principalment femenina, com el sector hospitalari^[98]. Alguns d'aquests sectors, a més, han estat poc estudiats des del punt de vista preventiu^[99], i aquests materials poden servir per promoure l'activitat en aquest camp: treball social, tallers de confecció, perruqueries, neteja d'oficines o indústries de conserves d'aliments.

4.2 EINES I MÈTODES ESPECÍFICS

Higiene

La dimensió de gènere es considera únicament atenent els efectes sobre el fetus i/o sobre la capacitat reproductora que puguin tenir determinats contaminants. No va més enllà de l'existència d'algunes frases R, que identifiquen i descriuen el risc en les etiquetes de les substàncies perilloses, fent referència a aquest tipus de riscos (de R 60 a R 64).

La legislació sobre agents cancerígens (RD 665/1997) no inclou cap referència. D'altra banda, la d'agents biològics (RD 664/1977) considera les dones embarassades o en lactància com un col·lectiu especialment sensible i a considerar a l'hora de fer l'avaluació de riscos (art. 4.3.f).

Crida l'atenció que aquest RD adverteixi que la classificació d'agents biològics “se ha realizado considerando sus posibles efectos sobre los trabajadoras sanas, sin tener en cuenta efectos particulares que puedan tener en trabajadoras con sensibilidad afectada por causas como, entre otras, el embarazo o la lactancia”. És a dir, l'únic cas en què es protegeix de manera específica la salut de la dona es fa considerant-la gairebé com una malalta.

També resulta simptomàtic, almenys de la falta de sensibilitat de gènere, que al llarg d'un text legal, relativament recent, i que reconeix efectes diferencials en la salut en funció del sexe, aparegui diverses vegades l'expressió “agentes que puedan causar enfermedad en el hombre”. Probablement, va més enllà de l'anecdòtic d'una mostra més de llenguatge masculista.

Els límits d'exposició professional^[100] són valors de referència, tant ambientals com biològics, per a l'avaluació i el control dels riscos deguts a agents químics; un criteri de valoració per decidir quan és inacceptable el risc. A la UE el valor admès per cada contaminant és igual per a homes i dones. Per establir-los, es duen a terme estudis toxicològics; el sexe no és una de les variables considerades explícitament a l'hora de seleccionar una mostra representativa de la població treballadora, encara que sí ho són d'altres com el tipus i la durada de l'exposició. Això implica que es dilueixi el coneixement sobre els efectes diferencials que determinats contaminants poden tenir en la salut d'homes i dones deguts, per exemple, a diferències biològiques. També hi ha menys informació sobre els efectes que un contaminant pot ocasionar de manera específica en les dones.

Ergonomia

A més d'altres aspectes, aborda els riscos osteomusculars, que solen agrupar-se en tres tipus: els derivats de la manipulació de càrregues, els relacionats amb l'adopció de postures



inadequades i els que impliquen moviments repetitius. L'aspecte al qual s'ha prestat més atenció des del punt de vista legal és el de la manipulació de càrregues, l'únic que compta amb legislació específica^[101].

Aquesta norma regula l'exposició en unes condicions que responen fonamentalment a tasques de manipulació desenvolupades per homes. No obstant això, ni el manteniment prolongat de postures estàtiques, ni l'ús de petits paquets musculars, ni l'elevada freqüència i repetitivitat de moviments, tots característics dels llocs ocupats per moltes dones, no disposen de legislació concreta

De fet, el mateix RD 487/1977 no conté cap referència al col·lectiu femení. És la Guia Tècnica desenvolupada per l'INSHT, amb recomanacions sobre la seva interpretació i aplicació que no són de compliment obligat, la qual, a l'hora d'avaluar el risc, inclou la possibilitat de rebaixar el pes màxim recomanat en cas que es vulgui protegir a un major percentatge de població treballadora, incloent-hi les dones, els menors i els treballadors i treballadores de més edat. Es recorda també la necessitat de valorar si les tasques de manipulació poden ser perilloses per a dones embarassades.

En els últims anys, cada vegada més investigacions demostren que les diferències de força, capacitat de treball físic, etc., tenen molt a veure amb la variabilitat interindividual i no solament amb patrons fixos relacionats amb el gènere, el pes, l'alçada o l'edat. Alguns països ja han començat a legislar i elaborar recomanacions tècniques que no estableixen un pes màxim autoritzat, sinó que es basen en l'avaluació i el control individual del risc. Es tracta de protegir les persones més vulnerables, independentment de la seva edat i el seu sexe.

Com a aspecte positiu de l'ergonomia es pot destacar que, en aquesta disciplina, es compta amb dades antropomètriques de la població espanyola^[102], per als diferents segments corporals i separats per a homes i dones. Es tracta d'una valuosa informació a l'hora de decidir els aspectes dimensionals dels llocs de treball, però també en el disseny d'equips de treball en general, eines, equips de protecció individual, etc. Aquest és un dels factors que situen les dones en pitjors condicions de treball des del punt de vista ergonòmic, ja que en general els llocs i equips de treball estan dissenyats pel patró "de l'home mitjà", i això perjudica tant moltes dones com els homes no representats en aquest estàndard.

Psicosociologia

No hi ha legislació específica sobre aquests aspectes a Espanya. A la UE, la Directiva 2003/88 regula l'ordenació del temps de treball, i no obstant ser aquest un element cada vegada més vinculat al treball remunerat de les dones i a les necessitats de conciliació entre la vida laboral i familiar, no inclou cap referència a aspectes de gènere.

Els dos mètodes més emprats actualment a l'Estat espanyol per a l'avaluació quantitativa del risc psicosocial són el FPsico^[103] i l'Istas-21^[104]. El primer no té en compte el gènere en el seu marc conceptual, ni el recull en cap de les 75 preguntes del qüestionari, per la qual cosa no és possible tampoc comparar els resultats obtinguts per sexes.

El segon inclou una escala sobre “doble presència”. La defineix com un factor fonamental per explicar la salut de les treballadores, en la mesura que implica la simultaneïtat de càrregues de treball remunerat i no remunerat, i que representa una diferència consistent respecte de les condicions de vida i treball dels homes.

Pel que fa a la presentació i al tractament de les dades, l'aplicació informàtica permet obtenir els resultats de totes les dimensions avaluades per sexes. Les tres dimensions de salut (general, mental i vitalitat) es subministren estratificades per sexe i edat, a causa que ambdós factors influeixen àmpliament en aquest tipus d'efectes en la salut.

5. Recursos per a la recerca i les intervencions en salut laboral

La necessitat de desenvolupar activitats de recerca en seguretat i salut en el treball està prevista en la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals²⁵.

Segons l'informe Durán^[80], la falta d'investigació a Espanya en prevenció de riscos laborals responia principalment l'any 2001 a tres circumstàncies: la manca de finançament regular, l'absència de centres competius com ara organismes públics que la lideressin i formessin els futurs investigadors i, finalment, la manca d'una orientació clara sobre quines són les prioritats en aquest camp.

En la taula 5.1 s'assenyalen alguns dels organismes més representatius pel que fa a la investigació a Catalunya.

Un reflex de la situació de la recerca en PRL són l'escassetat d'articles i tesis doctorals que, sobre el tema, es fan a Espanya:

- En el període 1998-2002 es van publicar 91 articles sobre salut laboral^[105], la majoria en revistes estrangeres, que tenien com a primer autor una persona vinculada a una institució espanyola. Dotze d'aquests articles tractaven de temes relacionats amb malalties respiratòries i contaminants biològics.

²⁵ Articles 7.a, 8 i 10.b.



Taula 5.1 Grups d'investigació en prevenció de riscos laborals a Catalunya i exemples de les seves línies d'investigació.

Grups d'Investigació	Línies d'Investigació
Centres de Seguretat i Condicions de Salut en el treball	Pesticides en espais interiors. Malalties professionals. Assetjament moral a la feina.
Institut Municipal d'Investigació Mèdica	Cancerígens. Malalties per agents químics.
Universitat de Girona	Sistemes de gestió. Factors d'estrès laboral. Red de investigación en Salud y Género*.
Universitat Pompeu Fabra	Precarietat laboral. Factors psicosocials. Accidents de treball.
Universitat Politècnica de Catalunya	Ergonomia aplicada.
ISTAS-Centro de referencia en organización del Trabajo y Salud	Organització del treball i riscos psicosocials.
Institut d'Estudis de la Seguretat	Observatori del risc. Amiant. Ocupacions noves o emergents.

* En col·laboració amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el Centre d'Anàlisi de Programes Sanitaris. Font: Elaboració pròpia.

- Pel que fa a l'elaboració de tesis doctorals, segons la mateixa font^[106], les més freqüents són en Medicina del Treball, seguida del Dret del Treball i Psicologia Social i Industrial, totes són disciplines relacionades amb una formació universitària oficial. Són molt escasses en la resta de disciplines preventives com la Higiene, la Seguretat o l'Ergonomia. La revisió de la base de dades TESEO del Ministeri d'Educació i Ciència per a l'any 2000^[107] va mostrar que només el 0,34% de totes les tesis de l'Àrea Tecnològica (6.700) corresponien a ergonomia laboral (9), higiene (5) i seguretat en el treball (9), de l'Àrea de Medicina (17.500) el 0,18% i de l'Àrea de Psicologia (3.400) l'1,20%.

Quant al finançament de la investigació en prevenció de riscos laborals, aquest no ha començat a tenir un caràcter regular fins fa aproximadament dos anys en què l'àrea va ser inclosa com un apartat específic en la convocatòria de beques per a l'any 2002 del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

En el 2003, l'INSHT va convocar beques d'investigació per al desenvolupament de projectes externs.

Pel que fa a les ajudes per a la intervenció, la Fundació per a la Prevenció de Riscos Laborals assigna des de l'any 2000 recursos per a actuacions i intervencions lligades a uns criteris generals de prioritats anuals.

5.1 LES PRIORITATS EN RECERCA DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

La recerca en temes de gènere s'ha de fer en comparació de diferents barreres que es podrien resumir en les següents:

- Concepte de salut compartimentat, deixant per a la salut pública aspectes que poden influir sobre la salut laboral i viceversa.
- L'exclusió de la dona en els estudis o investigacions on està subrepresentada.
- La utilització dels indicadors tradicionals de salut laboral que amaguen la importància de la dimensió de gènere en la seguretat i salut laboral.
- La manca de sensibilitat dels agents rellevants: administració, agents socials, experts, treballadors i treballadores.
- No s'investiga allò que no es vol canviar, com per exemple l'enfocament individual que certs estudis concedeixen a l'anàlisi de l'assetjament sexual, oblidant el nivell organitzatiu, cosa que preserva la dominació masculina.

Des del punt de vista dels riscos específics en les dones i sense voler ser exhaustives (donat el caràcter inadequat i incomplet de la informació disponible sobre els problemes reals de les dones) les prioritats en recerca des d'una perspectiva de gènere anirien lligades a quatre grans àrees:

- El model o models de referència en la producció del coneixement;
- Les estratègies a l'ús tant a l'empresa com a la societat i l'impacte de no considerar la perspectiva de gènere en la productivitat laboral i en els costos socials;
- L'impacte de les polítiques més rellevants com ara les de prevenció de riscos laborals, de salut pública i d'igualtat;
- La participació de les treballadores en la investigació i la millora de les seves condicions de treball, cosa que requerirà promoure la investigació qualitativa.

En la producció del coneixement, és important tenir en compte quins són els aspectes que conformen la dimensió de gènere.



La introducció d'aquesta en la investigació suposaria fomentar els estudis sobre les exposicions i categories ocupacionals de les dones (una lectura ràpida de la classificació nacional d'ocupacions mostra un major detall en les categories ocupacionals dels homes que de les dones), la qual cosa afavoriria la comparació entre homes i dones; incloure les dones en tots aquells estudis que després vulguin generalitzar les seves conclusions a tota la població treballadora; aprofundir en els riscos per a la reproducció fugint de perspectives massa específiques (que oblidin l'impacte sobre l'home) o, al contrari, massa inespecífiques (centrant-se en els danys sobre el fetus però no sobre la dona embarassada i oblidant temes lligats al cicle menstrual, la disrupció endocrina o la lactància); analitzar la segregació laboral no tant en la seva repercussió en la prevenció de riscos laborals com en els seus motius; analitzar el risc des de la perspectiva de la interacció entre el temps de treball i el temps de vida o la introducció de temes com ara la construcció social de la virilitat i de la feminitat.

5.2 LES CONVOCATÒRIES DE LES BEQUES D'INVESTIGACIÓ I D'AJUDES DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

La convocatòria de beques i d'ajudes en prevenció de riscos laborals sensibles a la dimensió de gènere haurien d'incloure, com a mínim:

- Àrees d'investigació segons les prioritats de salut de les dones treballadores;
- Criteris per garantir la consideració de la variable de gènere en aquells estudis que vulguin aplicar les conclusions a tota la població treballadora;
- Criteris per fomentar la investigació qualitativa i la participació activa de la dona com a investigada i com a investigadora;
- Criteris d'equitat en el repartiment del finançament;
- El seguiment i l'avaluació de la despesa en funció de l'assignació (destinatari i destinatàries de l'acció; receptors i receptores de l'ajuda) i de l'eficiència (incidència real en ambdós sexes);

Beques FIS

En la convocatòria de juny de 2004²⁶, dins del programa de tecnologies per a la salut i el benestar, s'ha inclòs un subprograma nacional de tecnologies de seguretat i salut en el treball. En la taula 5.2.1 s'especifiquen les prioritats temàtiques i les accions que permetrien presentar projectes d'investigació amb una perspectiva de gènere.

Taula 5.2.1 Beques FIS: prioritats temàtiques i accions relacionades amb el gènere del subprograma de SST.

Prioritats temàtiques	Accions
Societat i treball	Especial atenció a les accions adreçades a les dones. Problemes de salut emergents (sobrecàrrega de les funcions biològiques i conductes violentes).
Salut i treball	Investigació epidemiològica de malalties professionals i/o relacionades amb el treball. Sistemes d'informació.
Tecnologia de la PRL	Nous mètodes d'avaluació.
Sistema preventiu en SST	Determinants dels sistemes de prevenció en les Pime. Organització de la prevenció a l'empresa. Sector sanitari, ETT.

Font: Elaboració pròpia a partir de la convocatòria 2004 de les beques FIS.

Hi ha un contrast evident entre el detall de la convocatòria en les àrees tradicionals com el de la Biomedicina i la corresponent al subprograma de SST.

A més, la dimensió de gènere no és considerada de manera transversal ni en els temes apuntats ni en els criteris d'avaluació i selecció. L'esfera privada com a factor determinant de salut és negligida.

Un altre punt controvertit és la incoherència entre els requisits que han de complir els sol·licitants i alguns destinataris naturals de les beques d'aquest subapartat. Llevat de les universitats i altres organismes amb tradició investigadora, els serveis de prevenció i les mútues d'accidents i malalties professionals de la Seguretat Social poden tenir dificultats d'assolir un perfil investigador competitiu per ser seleccionats.

²⁶ BOE núm. 146, de 17 de juny de 2004.



Beques R+D+I de l'INSHT

Per primera vegada en la seva història, l'INSHT va convocar²⁷ unes beques per a treballs de recerca, desenvolupament i innovació en matèria de prevenció de riscos laborals. A la taula 5.2.2 s'especifiquen les àrees i els temes objecte de subvenció.

Taula 5.2.2 Beques R+D+I de l'INSHT. Àrees i temes.

Àrees	Temes
Societat i treball	Eficàcia i eficiència econòmica i social de la normativa de PRL. Observatori de PRL.
Gestió i organització preventiva	Models d'avaluació econòmica.
Tecnologia i materials	Substitució de substàncies perjudicials per a la salut.
Desenvolupament preventiu	Procediments de reducció del risc.
Salut i treball	Factors psicosocials.

Font: Elaboració pròpia a partir de la convocatòria 2003 de les beques de l'INSHT.

Aquesta convocatòria presenta defectes similars a la de les beques FIS. És encara menys detallada, hi manca el fil conductor relacionat amb les prioritats de la població treballadora en el seu conjunt i no considera la dimensió de gènere ni la importància de la interrelació de les esferes pública i privada per a la salut, mentre que se centra massa en l'aspecte economicista de la salut.

Ajudes de la Fundació per a la Prevenció de Riscos Laborals (FPRL)

Les accions que subvenciona la FPRL són de 4 tipus: 1- Informació per a la difusió d'accions preventives; 2- Assistència tècnica, per a l'estudi i la resolució de problemes a les empreses; 3- Formació, per al disseny de la metodologia i els continguts d'activitats formatives; 4- Compliment de la normativa per millorar-ne tant el coneixement com l'aplicació.

Els criteris de prioritat amb què s'assignen aquestes ajudes estan relacionats amb una sèrie de criteris generals, les dimensions de l'empresa, el sector d'activitat, el desenvolupament de l'acció i l'existència d'acords entre parts.

²⁷ Resolució de 27 d'octubre de 2003 (BOE núm. 282, de 25 de novembre).

Els criteris generals són prou globals per poder incloure activitats amb perspectiva de gènere. Ara bé, la resta de criteris (que representen el 65% de l'avaluació final) produeixen una discriminació negativa en termes d'assignació de recursos en contra de les dones, tal com s'intueix en la lectura de les ajudes concedides del 2000 al 2003 i que permet estimar un impacte i una incidència menors en el col·lectiu femení.

Per exemple, en relació amb els sectors prioritaris, prevalen les actuacions en aquells sectors on els homes són majoritaris (construcció: 25 punts, agricultura-transport terrestre: 19 punts, indústria química: 15 punts, etc., en comparació amb els 12 punts de l'hostaleria o de les activitats sanitàries o dels 5 punts de les llars que ocupen personal domèstic).

Una vegada més, no es té en compte el gènere com a matèria transversal en el moment de concedir aquests recursos.

PART C
Conclusions i Recomanacions

1. Conclusions

1.1 GENERALS

- 1- Encara que gènere i sexe són conceptes diferents, en alguns articles i informes utilitzats per elaborar aquest informe es continuen utilitzant de forma indistinta.
- 2- La perspectiva de gènere inclou també els homes; per a aquesta perspectiva té una rellevància especial la dinàmica de la relació entre la condició masculina i la femenina.
- 3- La millora de les condicions de treball de les dones, pel que fa als factors ergonòmics i ambientals, incideix de forma positiva en la dels homes.
- 4- La informació relacionada amb els determinants de salut, els danys a la salut, els factors de risc i les aspiracions de la població treballadora és dispersa, poc comparable i presenta mancances importants.
- 5- La planificació i l'actuació en seguretat i salut en el treball de les dones milloraria si es disposés dels indicadors adequats i de les estadístiques completes.

1.2 DONA, SALUT I TREBALL

- 1- La creixent incorporació de la dona al mercat de treball posa en qüestió la validesa de les actuals metodologies d'anàlisi i d'informació que separen les esferes de la producció i la reproducció i que es basen en un model laboral en què el treballador o la treballadora té disponibilitat absoluta per dedicar-se a l'activitat laboral.
- 2- Malgrat l'augment de la població activa de les dones, aquestes formen el 65% dels inactius de Catalunya i un gran percentatge estan dedicades a les feines de la llar.
- 3- La situació de les dones en el mercat laboral està marcada principalment per la flexibilitat laboral, la temporalitat i la dedicació parcial, mentre que el treball independent (autònom) és més freqüent entre els homes, tot i el creixement experimentat en aquest àmbit també per les dones.
- 4- La dona és majoria en els treballs no remunerats (ajudes familiars) i en l'economia irregular.
- 5- La segregació laboral es produeix tant en el moment de la incorporació de la dona al mercat de treball com al llarg de la seva trajectòria professional, i aquesta treballa en un ventall d'ocupacions més reduït que l'home.



6- Les dones escullen sortides professionals que ofereixen poques possibilitats d'incorporació al mercat de treball i que corresponen a sectors, categories o llocs amb menors retribucions o amb més dificultats de promoció.

7- Les dones troben obstacles (lligats majoritàriament a prejudicis i estereotips) que les condicionen a triar els estudis en funció del gènere. Són poques les que estan cursant estudis tècnics.

8- La incorporació de la dona al mercat de treball no ha anat acompanyada de mesures que facilitin el repartiment de les tasques dins de la família ni de la creació d'alternatives socials per a l'atenció de les persones. Tot i això, les treballadores de les classes més avantatjades disposen de més recursos per fer compatible la vida familiar amb la laboral.

9- Tot i haver-se reduït les diferències entre l'ocupació femenina i la masculina, les dones presenten taxes d'atur, de temporalitat i de contractes a temps parcial superiors als homes.

10- Les distàncies entre les taxes d'activitat dels homes i de les dones disminueixen a mesura que augmenta el nivell educatiu. La major participació de les dones en el mercat de treball és, en el cas de les universitàries, gairebé tan alta com la dels homes. De fet, les dones casades amb fills i nivells educatius alts tenen una taxa d'ocupació superior a la de les dones sense fills i nivells educatius baixos.

11- El nivell formatiu és una condició necessària però no suficient per elevar l'ocupabilitat de les dones al nivell corresponent al dels homes.

12- Tant l'atur de llarga durada com l'atur juvenil, sobretot en el grup de 16 a 19 anys, afecten més les dones. El 66,6% de les persones que fa més de 12 mesos que cerquen feina són dones.

13- Les dones tendeixen a concentrar-se en determinats sectors d'ocupació més vinculats a les activitats que aquestes han estat desenvolupant tradicionalment a la llar, com són la sanitat, l'educació, els serveis socials i personals. Els homes tenen una presència més homogènia en pràcticament tots els sectors.

14- Malgrat la legislació vigent, existeixen diferències salarials entre ambdós sexes, algunes de significatives. Fins i tot a igualtat de sectors, condicions, categories i contractes, les dones poden patir discriminacions de tipus retributiu.

15- El col·lectiu femení presenta també una superior dispersió interna, en part per la polarització que presenta la incorporació de la dona al mercat de treball: treballadores amb salaris baixos i poc qualificades, i treballadores amb formació superior i salaris alts.

16- El gènere influeix en les representacions de la capacitat humana, el tipus i la qualitat de la formació rebuda, la relació entre els treballadors i les treballadores; la divisió sexual de les tasques i exigències, procediments i estratègies; la interacció entre treball productiu i reproductiu, i la representació social de les conseqüències per a la salut de l'activitat productiva.

17- Les responsabilitats familiars i les tasques domèstiques s'atribueixen de forma gairebé exclusiva a la dona; el seu treball remunerat s'ha d'adaptar a les necessitats de la família.

18- Els riscos no són els mateixos per a ambdós sexes: les exigències físiques, psíquiques i cognitives varien en raó de la divisió sexual del treball.

19- Homes i dones en un mateix lloc de treball i per a una mateixa ocupació no es troben necessàriament exposats als mateixos riscos: les característiques antropomètriques, la manca d'inversió en equips i dissenys vàlids per a tots i totes i una major responsabilitat familiar són exemples de possibles factors que motiven aquestes diferències.

20- Els problemes de salut de les dones no són visibles a les estadístiques oficials. Els indicadors tradicionals i els procediments de notificació i anàlisi amaguen o infravaloren els problemes reals de les dones.

21- S'han infravalorat els riscos laborals de les dones en comparació dels dels homes, tant en relació amb la seva recerca com a la seva prevenció.

22- El perfil de salut i malaltia de les dones és diferent del dels homes: superior esperança de vida entre les dones però a costa de més discapacitat; malalties relacionades amb el treball en comparació d'accidents de treball.

23- El nivell de participació de les dones en les decisions que afecten la seva salut en el lloc de treball és molt baix.

1.3 GÈNERE, POLÍTIQUES I ESTRATÈGIES DE SEGURETAT I SALUT EN EL TREBALL

1. L'aplicació dels principis preventius de la LPRL obren la porta a actuacions innovadores i basades en un concepte de salut global: principi d'adaptació del lloc de treball a la persona;



avaluació de qualsevol característica de les condicions de treball que pot tenir una influència significativa en la generació de riscos.

2. Encara que, en la normativa, la protecció de la salut reproductiva inclou ambdós sexes, en la pràctica i tenint en compte que la seva aplicació és encara escassa, les mesures de prevenció se centren majoritàriament en la repercussió de les condicions de treball sobre el futur nadó.

3. La maternitat pot suposar un cost per a la dona, tant econòmic (reducció del salari per reducció de la jornada laboral o per suspensió de contracte) com laboral (disminució de les capacitats de desenvolupament professional).

4. La negociació col·lectiva és un instrument molt valuós per regular polítiques d'igualtat efectives en el lloc de treball.

5. En aquest àmbit de gènere, l'assetjament sexual, la protecció de la maternitat i la conciliació de la vida familiar i laboral són els tres continguts que es tenen en compte més sovint en la negociació col·lectiva.

6. El doble rol de les dones i els seus efectes sobre la salut és un factor que gairebé encara no es té en compte, ni en la recerca ni en la pràctica preventiva habitual, ni a Catalunya ni a l'Estat espanyol.

7. Les polítiques de conciliació actuals no afavoreixen de manera específica la distribució de les obligacions domèstiques i familiars entre homes i dones. Es basen majoritàriament en actuacions d'àmbit laboral i gairebé no inclouen la creació de serveis públics per tenir cura dels infants i de les persones dependents.

8. La millora de la salut laboral no pot desvincular-se d'aspectes més amplis com els relatius a la discriminació en el treball i en la societat.

9. El lloc de treball és un lloc privilegiat per desenvolupar intervencions que creïn entorns de treball i fomentin estils de vida saludables.

10. Les actuacions de promoció de la salut al llarg de tota la vida i específicament en el lloc de treball poden disminuir i retardar l'aparició de malalties cròniques o responsables d'una mortalitat prematura en la població, millorant la seva esperança de vida amb bona salut, el seu nivell de salut i la seva ocupabilitat.

11. Les dones que treballen en el sector informal i irregular no disposen de cobertura ni d'indemnització per contingències laborals, estiguin o no incloses a la llista de malalties professionals, la qual cosa fa que no siguin reconeguts els danys derivats del treball que puguin presentar.
12. La llista de malalties professionals és insuficient per a una bona identificació i prevenció del danys derivats del treball, atès que no inclou algunes patologies que presenten les dones.
13. Una part important dels danys a la salut derivats del treball són atesos a l'Atenció Primària.
14. Encara que el percentatge de dones que participen en les activitats de formació ocupacional és superior al dels homes, elles presenten un índex menor d'inserció laboral.
15. Els programes de foment de l'ocupació consideren les dones com un dels col·lectius prioritaris a l'hora d'elaborar programes específics adreçats a potenciar la igualtat d'oportunitats, en relació amb la formació, l'orientació professional i la inserció laboral.
16. La multiplicitat d'accions relacionades amb el foment de l'ocupació fa necessari crear i homogeneïtzar els indicadors per poder sistematitzar el seguiment i, per tant, poder avaluar l'efectivitat dels programes.
17. Manca coordinació i col·laboració entre les polítiques desenvolupades per les institucions competents en salut laboral i salut pública. La falta de polítiques transversals provoca una visió segmentada de les actuacions i, doncs, un dispersió d'esforços i una pèrdua d'eficàcia tant global com específica.
18. Les polítiques de salut laboral no solen tenir en compte la interacció entre el treball productiu i el reproductiu.
19. Les polítiques de seguretat i salut en el treball es dirigeixen, principalment, als riscos de seguretat i higiene, mentre que sovint no tenen en compte els riscos ergonòmics i psicosocials, així com els danys que poden provocar a la salut. Alhora, s'identifiquen instruments de promoció de la prevenció, dissenys de llocs i eines de treball i activitats de prevenció basades en un patró masculí i que no incorporen les diferències de gènere. Aquesta realitat provoca moltes vegades la no visualització dels riscos i els danys de les dones i té efectes sobre les pràctiques preventives i les indemnitzacions quan apareixen danys.
20. Els riscos més freqüents entre les dones gairebé no disposen d'una legislació específica, en contra del que passa amb els riscos típicament masculins.



21. Les actuacions i intervencions de les administracions competents són aparentment neutrals pel que fa al gènere.

22. La recerca en PRL pateix d'un finançament insuficient, i la que es porta a terme no és sensible a la incorporació del criteri de gènere. La recerca quantitativa és majoritària en detriment de la qualitativa, i es desconeixen les necessitats reals i les prioritats en salut laboral de la població treballadora.

23. És evident que les Pime mereixen un tractament adaptat a les seves necessitats, recursos i peculiaritats. No considerar aquestes peculiaritats pot provocar un nivell d'exigència que situa en posició de desavantatge les Pime davant de les grans empreses, que compten amb més recursos humans i econòmics per afrontar les noves exigències.

2. Recomanacions per a l'acció

Aquestes recomanacions per a l'acció s'adrecen a tots els agents rellevants en prevenció de riscos laborals a Catalunya: administracions laboral i sanitària i organismes dependents; agents socials; membres dels serveis de prevenció tant propis com aliens i mútues d'accidents de treball i malalties professionals.

Aquestes recomanacions s'han estructurat al voltant dels aspectes següents:

- Sensibilització i conscienciació dels agents rellevants
- Millora del coneixement mitjançant la formació i la recerca
- Polítiques, estratègies i programes relacionats
- Suport a les intervencions i a la recerca
- Seguiment i control

En el quadre següent es defineixen els agents rellevants, tant propis com aliens a l'empresa, segons la seva influència en la presa de decisions.

EMPRESA	Interns	Externs
Decisors Persona que pren les decisions	Direcció Empresari	Legislador Administració pública
Influenciadors Persona que amb els seus consells i opinions afecta de manera directa o indirecta el comportament del decisor	Professionals de la prevenció Professionals sanitaris Representants dels treballadors Recursos humans Comandaments intermedis Treballadors i treballadores	ITSS MATEPSS Sindicats Associacions d'empresaris Professionals de Salut Pública

2.1 SENSIBILITZACIÓ I CONSCIENCIACIÓ DELS AGENTS RELLEVANTS

Promoure la sensibilització i la conscienciació de les persones en general i dels agents rellevants en particular sobre les diferències de sexe i de gènere com a determinants de salut en la població treballadora perquè es tingui en compte en la presa de decisions i en la seva activitat diària.

1. Desenvolupar i difondre material informatiu, adreçat tant als decisors i influenciadors (incloent-hi les dones treballadores) com al públic en general sobre gènere i treball.
2. Desenvolupar l'argumentari de justificació sobre la necessitat de tenir en compte el gènere en els diferents àmbits d'actuació.
3. Recollir, analitzar i difondre models de bones pràctiques sobre la integració de la perspectiva de gènere en els diferents nivells de responsabilitat.
4. Identificar i difondre informació sobre els grups d'interès i els grups de recerca en aquesta matèria, afavorint el contacte entre ells.

2.2 MILLORA DEL CONEIXEMENT

La planificació i l'actuació en prevenció de riscos laborals en el col·lectiu femení milloraria:

- *Si es disposés dels indicadors adients, aquests es valoressin de la forma adequada i arribessin a les persones clau.*
- *Es milloressin les competències dels investigadors, tècnics i personal sanitari de la xarxa pública,*
- *Les actuacions es fonamentessin en arguments sòlids que facilitessin la integració de la perspectiva de gènere en les intervencions de prevenció de riscos laborals.*

SISTEMA D'INFORMACIÓ

1. Revisar i introduir les modificacions necessàries a fi de disposar d'un sistema d'informació que, partint de diferents fonts, sigui capaç d'identificar, per a una anàlisi posterior, els riscos laborals i els danys derivats de l'activitat laboral. Aquest sistema ha de ser sensible a les diferències de gènere i ser universal pel que fa al conjunt de la població treballadora.
2. Desenvolupar sistemes d'informació de malalties relacionades amb el treball amb la col·laboració de l'àmbit sanitari i laboral, de l'administració autonòmica i de la local.



3. Les dades sobre riscos i salut laboral han de tenir en compte la desagregació per sexe, entre d'altres, i ser accessibles a tots els agents rellevants.
4. Cal fer un esforç per harmonitzar la informació útil en salut laboral procedent del Departament de Treball i Indústria i del de Salut per tal de fer-los més eficients.
5. Les enquestes de salut poden constituir una font de dades en salut laboral molt valuosa. Han de revisar-se sota la perspectiva de gènere, prestant una especial atenció a les qüestions relacionades amb la doble presència per tal de fer-les més útils.
6. És aconsellable fer regularment enquestes de condicions de treball a fi de monitoritzar l'evolució dels riscos laborals i els trastorns de salut associats. Les enquestes nacionals i les europees haurien de superar les limitacions metodològiques incorporant l'anàlisi de gènere.

FORMACIÓ

1. Desenvolupar accions de formació difonent els conceptes i arguments per integrar la perspectiva de gènere en entorns empresarials, sindicals, de l'administració, dels àmbits polític i laboral.
2. Fer programes de formació per als decisors a tots els nivells i els proveïdors de salut (majoritàriament els serveis de prevenció, les mútues d'accidents i malalties professionals, les unitats de Salut Laboral, l'Institut Català d'Avaluació Mèdica i els metges d'Atenció Primària).
3. Impartir la formació adequada per millorar el coneixement dels experts, tant en recerca com en els temes de gènere.
4. Incloure la perspectiva de gènere en els cursos de prevenció de riscos laborals, tant en els de nivell bàsic com intermedi i superior.

RECERCA

1. Fomentar la recerca en prevenció de riscos laborals, tant bàsica com aplicada, així com la recerca participativa orientada a l'acció.
2. Millorar el coneixement i la detecció dels danys a la salut de les dones relacionats amb el treball, tant en sectors i ocupacions típicament femenines com en les de predomini masculí.
3. Analitzar i aprofundir en el coneixement de les ocupacions desenvolupades per les dones i proposar una classificació d'ocupacions més ajustada a la realitat.

4. Fomentar els mètodes participatius i els que integren la recerca quantitativa i la qualitativa per copsar la realitat complexa de les dones en el món laboral.
5. Facilitar la transferència dels resultats de la recerca a la pràctica diària.
6. Elaborar un Codi de bones pràctiques per a una recerca en salut sensible al gènere.
7. Intensificar la recerca sobre les condicions de treball i salut dels col·lectius de dones més desfavorits com ara les dones immigrants i les dones amb discapacitat.

2.3 POLÍTIQUES, ESTRATÈGIES I PROGRAMES RELACIONATS

La no consideració del gènere i la discriminació indirecta de les polítiques rellevants en la planificació d'objectius i assignació de recursos haurien de ser disminuïdes i eliminades a través d'un coneixement més acurat de la realitat i d'una planificació ajustada a les necessitats reals.

ANÀLISI DE NECESSITATS

1. Determinar el model de referència per a l'acció i validar uns indicadors per a la descripció i el seguiment de la salut dels treballadors i treballadores i l'avaluació de les intervencions.
2. Establir i fer el seguiment de les prioritats per a la recerca i la intervenció sobre les desigualtats de gènere en la salut per tal de poder orientar les actuacions i la recerca.
3. Tenir en compte, en clau d'igualtat, les prioritats de les dones i dels homes en l'elaboració de programes, accions i polítiques en salut laboral.

SALUT LABORAL

1. Les polítiques de salut laboral han d'ampliar el seu abast a trastorns de salut relacionats amb el treball i a riscos de naturalesa psicosocial i ergonòmica. A més, han d'incorporar la perspectiva de gènere.
2. Les intervencions de prevenció d'acord amb la normativa vigent haurien de tenir en compte el reconeixement de les diferències, tant de sexe com de gènere.

SALUT PÚBLICA

1. Els plans de salut i les polítiques de salut pública en general han d'incloure, entre els seus objectius, objectius de salut laboral més amplis que els accidents de treball. A més, el centre de treball ha de ser considerat com un dels entorns d'intervenció per a nombrosos problemes de salut. En totes les accions s'ha d'incorporar la perspectiva de gènere.



COL-LABORACIÓ I COOPERACIÓ

1. S'haurien d'establir mecanismes de coordinació entre les polítiques de salut laboral i de salut pública per millorar l'efectivitat i l'eficiència d'ambdues àrees i facilitar l'extensió del seu impacte sobre la població en l'economia irregular i informal.
2. La col·laboració entre les dues àrees hauria de ser establerta mitjançant protocols d'actuació conjunta segons objectius estratègics prioritàris, creant grups d'intervenció, aclarint el paper i les responsabilitats, i dotant dels recursos necessaris per assolir els objectius.
3. Fóra important millorar la relació en termes de coordinació i col·laboració amb l'Institut Català de la Dona per millorar l'efectivitat de les actuacions pròpies i fomentar les conjuntes.

FINANÇAMENT

1. Verificar que l'assignació de recursos respon de forma adequada i equitativa a les diverses necessitats i demandes tant de les dones com dels homes.
2. Les polítiques de subvenció dels projectes científics haurien d'incorporar entre els seus criteris de selecció l'existència de perspectiva de gènere en els projectes i la inclusió de la dona en aquells estudis que vulguin extrapolar les conclusions a tota la població treballadora.
3. Avaluar l'impacte (recursos assignats) i la incidència (conseqüències) de les ajudes i les beques de recerca corregint les desigualtats que es puguin haver produït amb una reorientació dels programes i una reelaboració de les prioritats.
- 4- En matèria d'assignació de recursos, de polítiques de subvenció, de reorientació de programes i de reelaboració de prioritats s'haurà de vetllar per tal que la política d'aplicació de la prevenció de riscos laborals a les Pime tingui en compte les particularitats d'aquest col·lectiu i les seves capacitats.

NEGOCIACIÓ COL·LECTIVA

1. Atesa la necessitat de generalitzar la incorporació de la perspectiva de gènere en la negociació col·lectiva, cal:
 - a) Formar les negociadores i els negociadors en aquest àmbit.
 - b) Incorporar clàusules en les negociacions.
 - c) Difondre les bones pràctiques.

2.4 SUPORT A LES INTERVENCIIONS I A LA RECERCA

La provisió de recursos tant personals com metodològics o econòmics són necessaris per millorar la salut de les dones en el treball i fomentar l'aplicació de mesures preventives efectives. Eines i mètodes validats, una recerca de qualitat, uns experts competents, ben informats i interrelacionats afavoreixen la innovació i la transferència del coneixement a la pràctica.

EINES I MÈTODES

1. Les avaluacions de risc i els plans de prevenció han de tenir en compte les diferències de gènere en el medi laboral.
2. Desenvolupar i posar a disposició instruments per a l'avaluació de riscos que tinguin en compte els riscos ergonòmics i psicosocials amb el mateix grau d'exhaustivitat o profunditat que els utilitzats per als riscos de seguretat.
3. Desenvolupar procediments i eines per analitzar les polítiques de salut des d'una perspectiva de gènere.
4. Desenvolupar mètodes que impulsin la participació i la implicació de la dona en la presa de decisions pel que fa a les seves condicions de vida i de salut.
5. Desenvolupar i posar a disposició sistemes d'avaluació de riscos que incloguin criteris adients per als riscos que generen efectes a mitjà i llarg termini i/o efectes en les esferes mentals i socials i no tan sols en les físiques, basant-se en la definició de salut més global propugnada per l'OMS.
6. Fomentar l'ús de tècniques qualitatives en la pràctica preventiva en les empreses.

TREBALL EN XARXA I GRUPS D'INTERÈS

1. Crear una xarxa d'intercanvi d'informacions i de suport per a tots els agents rellevants, ajudant al desenvolupament de les seves capacitats, tenint en compte les peculiaritats específiques de cadascun i en especial de les Pime.
2. Fomentar la creació de grups d'interès per solucionar o debatre problemes o temes relacionats amb el gènere fomentant la participació de tots els agents rellevants i molt especialment de les dones.



INCENTIUS

1. Donar suport, mitjançant ajudes, a les intervencions i accions innovadores que tinguin en compte la integració de la perspectiva de gènere més enllà del compliment de la normativa.
2. Donar suport a les intervencions en l'entorn de treball, les eines i els equips que afavoreixin la consecució de l'objectiu "Un disseny per a tots".
3. Les accions destinades a impulsar mesures de prevenció han de ser tractades com a inversions per millorar la competitivitat i no com a cost a efectes fiscals.
4. D'altra banda, fóra convenient concedir ajudes a les empreses per adoptar mesures preventives amb mecanismes similars als "contractes de prevenció" basats en l'assumpció d'objectius pactats d'antuvi a escala sectorial o gremial, ajustats a l'empresa en qüestió i que tinguin en compte la perspectiva de gènere.
5. Reconèixer i certificar les bones pràctiques desenvolupades en relació amb el gènere establint un sistema d'incentivació com ara premis a l'excel·lència, diplomes, publicació anual de les empreses més sensibles a la matèria etc. Aquesta certificació s'hauria de renovar de forma periòdica.

2.5 SEGUIMENT I CONTROL

L'avaluació i el control de les mesures i intervencions relacionades amb el tema del gènere afavoreixen la millora contínua i la sensibilització de les empreses envers al tema en qüestió.

1. Tenir en compte la perspectiva de gènere en els plans de prevenció de riscos de les empreses, els convenis col·lectius i els programes d'actuació de les administracions, així com incloure la perspectiva de gènere en els requisits per accedir a beques i ajuts.
2. Fer el seguiment de l'ús i l'aplicació de les diferents mesures de conciliació regulades en l'actualitat a Espanya, tant en les legislacions estatals i autonòmiques com en la negociació col·lectiva. Avaluar el grau de compliment, la seva idoneïtat i el grau de satisfacció, tant per als treballadors i les treballadores com per a les empreses, amb la finalitat de valorar la possible extensió a la resta de la població treballadora.
3. Revisar i fer el seguiment de les suspensions de contracte per embaràs de risc d'origen laboral, tant en l'àmbit de l'empresa (per exemple, mesures preventives, reincidència) com col·lectiu (per exemple, descripció de les situacions adduïdes, dels sectors/ocupacions on es presenten).



4. Establir protocols de seguiment i avaluació de totes les activitats dutes a terme en aquests camps (formació, informació, accions conjuntes...).
5. Establir un lloc comú i públic per difondre les avaluacions i descriure la situació de manera periòdica.

BIBLIOGRAFIA

1. Mayordomo M. *Dones. Treball i economia laboral: una proposta alternativa per analitzar el món del treball*. Col·lecció Tesis doctorals. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC); 2004.
2. Recio A. *Trabajo, personas, mercados*. Barcelona: Futhem/Icaria; 1997.
3. Consejo Económico y Social (CES). *La protección social de las mujeres. Informe 4/2000*, Colección informes; 2000.
4. Novella J. et al. *La Competitivitat de l'Economia Catalana*. Col·lecció Estudis. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC); 2004.
5. Consejo Económico y Social (CES). *Segundo informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Informe 3/2003, Colección informes; 2003.
6. Bonet X., Díaz P., Pinto MJ. *La segregació laboral de gènere a Catalunya*. Institut Català de la Dona. Generalitat de Catalunya i Secretaria de la Dona de CC.OO. Estudis dona i societat n. 13; 2003.
7. García J., Hernández PJ., López-Nicolás A. "Análisis de las diferencias salariales por sexo en España y Cataluña." 2002. URL: <http://www.mtas.es/mujer/discrimcat.pdf>
8. Martín C., Zarapuz L. *Empleo y discriminación salarial. Un análisis desde la perspectiva de género*. Gabinete Técnico Confederado de CC.OO; 2000.
9. IMSERSO, Universitat Autònoma de Barcelona, Associació de Dones No Estàndards. "Indicadores de exclusión social de mujer y discapacidad." Barcelona 2002. URL: http://www.asoc-ies.org/docs/indioxso_muj_dis.pdf
10. Giménez D., Ramos MM. "La discriminación de las mujeres discapacitadas en España." *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003*; 45: 61-76.
11. Comisión de las Comunidades Europeas. *Com adaptar-se als canvis en la societat i en el món del treball: Una nova estratègia de salut i seguretat (2002-2006)*. Bruselas: 2002.
12. Messing K. *La pertinence de tenir compte du sexe des "opérateurs" dans les études ergonomiques: Bilan de recherche*. PISTES 1999; 1 (1). URL: <http://www.pistes.uqam.ca/v1n1/articles/v1n1a5.htm>.
13. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. "Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo." URL: <http://agency.osha.eu.int/publicacions/reports/209/en/index.htm>.
14. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. FACTS n. 42. URL: <http://agency.osha.eu.int>.
15. "Anàlisis de la mortalitat a Catalunya 2002". URL: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor02.pdf>.
16. Anuario estadístico de España 2004. URL: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario04/anu04_5salud.pdf.
17. Consell Assessor de la Conferència Internacional sobre Salut Cardiovascular. *La declaració de Victoria*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: 1995.



18. *Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud.*
URL: <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>.
19. Pérez T. *La valoración del trabajo de la mujer: aspectos económicos y sociales.*
20. Brunel S., Moreno N. *Guía para la mejora de las condiciones de salud y trabajo de las mujeres.* CC.OO. 2004.
21. Paoli P., Merllié D. *Third European Survey on working conditions 2000.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
22. Seifert AM. "El trabajo de la mujer y los riesgos de lesiones músculo-esqueléticas." *A: ISTAS I Foro de Salud Laboral: Lesiones músculo-esqueléticas;* 1999; València.
23. Castejón E., Crespán X. *Accidents de treball: el perquè de tot plegat. Diagnosi.* Enginyers industrials de Catalunya. URL: <http://www.eic.es/banners/diagnosi05.pdf>
24. García AM., Gadea R. *Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España.* Archivos Prevención Riesgos Laborales 2004; 7 (1): 3-8.
25. Eurostat. *Les maladies professionnelles en Europe en 2001.* Statistiques en bref. Population et conditions sociales; 15/2004.
26. *Indicadors de salut laboral a Catalunya any 2002.*
URL: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/slaboral2002.pdf>.
27. Doyal L. "Sex, gender, and health: the need for a new approach." *BMJ* 2001; 323: 1061-3.
28. Sorensen G., Verbrugge LM. "Women, work, and health." *Ann Rev Public Health* 1987; 8: 235-51.
29. Reid C. *A Full measure. Towards a comprehensive model for the measurement of women's health.* Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2002.
30. Grupo SEE y Grupo SEMFYC. *Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria* 2000; 25: 350-63.
31. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Población Activa.*
URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>. Acceso: agosto 2004.
32. Servei Català de la Salut. Document Tècnic Encuesta de Salud de Catalunya. *Enquesta de Salut de Catalunya 1994.* Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
33. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2003.* URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario03>.
Accés: setembre de 2004.
34. Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
URL: <http://www.idescat.es>. Accés: agost de 2004.
35. Moss NE. "Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health." *Soc Sci Med* 2002; 54: 649-661.
36. ILO *International Labour Review* 1987; 106.

37. Badura B., Kickbusch I. *Health Promotion Research: Towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series;1991; 37.*
38. Frankenhaeuser M., Lundberg U., Chesney M. *Women, Work and Health. Stress and opportunities. New York: Plenum Press; 1991.*
39. Artazcoz L., Borrell C., Benach J. "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands." *J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-47.*
40. Artazcoz L., Borrell C., Rohlfs I., Beni C., Moncada A., Benach J. "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gac Sanit 2001; 15: 150-3.*
41. Artazcoz L., García-Calvente MM., Esnaola S., Borrell C., Sánchez-Cruz JJ., Ramos JL. et al. *Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar.* En: Cabasés JM., Villalbí JR., Aibar C. (editores). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002.* Valencia: SESPAS; 2002.
42. Artazcoz L., Artieda L., Borrell C., Cortès I., Benach J., García V. "Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?" *Eur J Public Health 2004; 14: 43-8.*
43. Conselleria de Sanitat. *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001).* València: Conselleria de Sanitat, Oficina del Plan de Salud, Generalitat Valenciana; 2002.
44. Bartley M. "Unemployment and ill health: understanding the relationship." *J Epidemiol Community Health 1994; 48: 333-7.*
45. Janlert U. "Unemployment as a disease and diseases of the unemployed." *Scand J Work Environ Health 1997; 23 (suppl 3): 79-83.*
46. Dooley D., Fielding J., Levi L. "Health and unemployment." *Annu Rev Public Health 1996; 17: 449-65.*
47. Piccinelli M., Wilkinson G. "Gender differences in depression." *Br J Psychiatry 2000; 177: 486-92.*
48. Qin P., Agerbo E., Westergård-Nielsen N., Eriksson T., Mortensen PB. "Gender differences in risk factors for suicide in Denmark." *Br J Psychiatry 2000; 546-50*
49. Bartley M., Owen C. "Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93." *BMJ 1996; 13: 445-9.*
50. Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., Martikainen E. "Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study." *BMJ 1999; 319: 600-5.*
51. Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortès I. "Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class." *Am J Public Health 2004; 94: 82-8.*
52. Passannante MR., Nathanson CA. "Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978." *Soc Sci Med 1985; 21: 655-5.*
53. Waldron I., Weiss CC., Hughes ME. "Interacting effects of multiple roles on women's health." *J Health Soc Behav 1998; 39; 216-36.*



54. Arber S. "Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s." *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-88.
55. Artazcoz L., Borrell C., Benach J., Cortès I., Rohlfs I. "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position." *Soc Sci Med* 2004; 59: 263-74.
56. INSHT. V *Encuesta nacional de condiciones de trabajo*. Madrid: INSHT; 2004.
57. Informe Randstad. *Calidad del trabajo en la Europa de los Quince*. 2003.
58. Navarro V. *El estado de bienestar en Catalunya. La factoría*; 2003.
URL: <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/navarro21.htm>
59. Sánchez C. *El treball de les dones a Catalunya*. Fundació Jaume Bofill; 2003.
60. CC.OO. *Afrontem l'assetjament sexual laboral. Guia sindical*. Barcelona: Secretaría de la Dona CC.OO. Catalunya; 2004.
61. Recomendación de la Comisión de 27 de noviembre de 1991, relativa a la protección de la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo.
62. Comisión Europea. *Cómo combatir el acoso sexual en el trabajo. Guía para aplicar el código de conducta de la Comisión Europea. Unidad de Igualdad de Oportunidades*; 1993.
63. Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo, que modifica la Directiva 76/207/CEE relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo.
64. Torns T. et al. *L'assetjament sexual en el món del treball a Catalunya*. Barcelona: Departament de Treball, Institut Català de la Dona; 1996.
65. Calle M., González C., Núñez JA. *Discriminación y acoso sexual a la mujer en el trabajo*. Madrid: Largo Caballero; 1988.
66. Alemany C., Luc V., Mozo C. *El acoso sexual en los lugares de trabajo*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.
67. CC.OO. *El acoso sexual en el trabajo en España*. Madrid: Secretaría Confederal de la Mujer; 2000.
68. Balbo L. *La doppia presenza*. Inchiesta 32. Milán; 1978.
69. Torns T., Carrasquer P. *El perquè de la reproducció*. *Papers* 1999 ; 59: 99-108
70. Sáez C. "Laboratorio de alternativas. Mujer y Trabajo". Document de treball 37/2003.
71. Comisión de Seguimiento ANC. "Consideraciones generales y buenas prácticas sobre igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la negociación colectiva". 2003.
72. Consejo Económico y Social. *Informe sobre la negociación colectiva como mecanismo de promoción de la igualdad entre hombres y mujeres*. 2003.
73. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). "La salud laboral en la negociación colectiva en España (1995-2002). Recopilación de buenas cláusulas." 2003. URL: <http://www.ccoo.es/istas>.

74. Departament de Treball i Indústria, Generalitat de Catalunya. Dona i Treball. Butlletí estadístic 2004; 1.
75. Cardús S., Pérez C., Morral S. *Propostes d'intervenció per a la conciliació d'horaris familiars, escolars i laborals. Informe final*. Barcelona: Grup de recerca ISOR – Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Benestar i Família; 2002.
76. Comisión de las Comunidades Europeas. *Informe anual sobre la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la UE 2002*.
77. Obeso C. et al. *Calidad de trabajo en la Europa de los quince: las políticas de conciliación*. Barcelona: Instituto de Estudios Laborales de ESADE; 2003.
Instituto de Estudios Laborales de ESADE. *Tercer Informe Randstad: Calidad del Trabajo en la Unión Europea: Las Políticas de Conciliación*. Madrid: ESADE; 2004.
78. IUPHE. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2000.
79. Castejón J. *El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]*. Bellaterra: UAB; 2002.
80. Durán F. *Informe sobre riesgos laborales y su prevención: la seguridad y la salud en el trabajo en España*. Madrid: Presidencia del Gobierno; 2001.
81. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. *Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2003*. URL: <http://www.ctescat.net/memoria/index.htm>.
82. INEM. *El mercado laboral para las mujeres*. Observatorio Ocupacional, 2002, 2003. URL: http://www.inem.es/ciudadano/p_observatorio.html.
83. Fundación tripartita para la formación en el empleo. "Mujeres y formación continua: principales indicadores." Boletín estadístico de formación continua 2003.
84. Departament de Treball i Indústria. *La situació sociolaboral de la dona a Catalunya l'any 2003*. Secretaria General.
85. Comisión de les Comunidades Europeas. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de les Regiones. Hacia una estrategia marco pública sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005). URL: http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/strategy/com2000_335_es.pdf.
Accés: juliol 2003.
86. Consejo Económico y Social. *Panorama sociolaboral de la mujer en España*, número 28. Madrid: CES; 2002.
87. Real Decreto 27/2003, de 10 de enero, por el que se modifica el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por el Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero. Boletín Oficial del Estado. 1.2003; 10.
88. Flaquer L. *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.



89. Yeandle S., Gore T., Herrington A. *Employment, Family and Community Activities. A New Balance for Women and Men*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities; 1999.
90. Artazcoz L., Cortès I., Benach J., Benavides FG. *Les desigualtats en salut laboral a Catalunya. En: Borrell C, Benach J (editores). Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003: 251-282.
91. MTAS. *Guías para la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo por razones de reproducción y maternidad*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
92. Departament de Sanitat. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Generalitat de Catalunya. URL: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/04.1.01_065_082.pdf.
93. Forastieri V: *Information note on women workers and gender issues on occupational safety and health*. International Labour Office, Safework; 1999.
94. Vogel L. *The gender workplace health gap in Europe*. Brussels: TUTB; 2003.
95. Departament de Treball, Direcció General de Relacions Laborals. *Guia d'avaluació de riscos per a petites i mitjanes empreses*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1996.
96. INSHT. *Evaluación de las condiciones de trabajo en pequeñas y medianas empresas*. Barcelona: INSHT; 2000.
97. INSHT. *Evaluación de riesgos laborales*. 2000. URL: <http://www.mates.es/insht>.
98. INSHT. *Condiciones de trabajo en centros sanitarios*. Barcelona: INSHT; 2001.
99. INSHT. *Guías para la acción preventiva. Evaluación de riesgos. Serie microempresas*. URL: <http://www.mtas.es/insht>.
100. INSHT. *Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España* 2004. URL: <http://www.mtas.es/insht>.
101. R.D. 487/1997 Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
102. Carmona A. *Aspectos antropométricos de la población laboral española aplicados al diseño industrial*. Madrid: INSHT; 2003.
103. Martín F., Pérez J. "Factores psicosociales, metodología de evaluación." INSHT, Nota Técnica de Prevención 443. URL: <http://www.mtas.es/insht>.
104. ISTAS. *Manual del método Istars21 (CoPoQ)*. 2002. URL: <http://www.ccoo.es/istas>.
105. Benach J. *Occupational health policies in Spain: problems, actions and priorities*. TUTB Newsletter 2004; 22-23: 32-41.
106. Durán F., Benavides FG. *Informe de salud laboral: los riesgos laborales y su prevención*. España 2004. Barcelona: Zurich; 2004.
107. Page A. *Estado de la I+D+I en el ámbito de la prevención de riesgos laborales (2001)*. URL: http://www.rdirl.com/prevencion_riesgos/centro_red/centro_res.asp?idpag=01_02_01.



GLOSSARI

Aquest glossari ha estat elaborat a partir de les definicions consignades en els textos normatius, la bibliografia referenciada, les bases de dades terminològiques com el Termcat (<http://www.termcat.net>) i el Diccionari descriptiu de la llengua catalana (<http://dcc.iecat.net/ddlc/index.asp>), com també dels glossaris de les publicacions següents:

Gelpi C. Lèxic de prevenció de riscos laborals. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2002.

Grupo Temático Nacional de Igualdad de Oportunidades. Análisis de las buenas prácticas del GTNIO (2003). UAFSE. URL: <http://www.mtas.es/uafse/equal/documentacion.htm>.

ACCIDENT DE TREBALL

És definit jurídicament per l'article 115 de la Llei general de la Seguretat Social com a "tota lesió corporal que pateix el treballador arran de o com a conseqüència del treball realitzat per compte aliè".

APODERAMENT

Procés pel qual una persona o un grup social adquireix o rep els mitjans per enfortir el seu potencial en termes econòmics, polítics o socials.

ASSETJAMENT SEXUAL

Situació en què es produeix qualsevol comportament verbal, no verbal o físic no desitjat d'índole sexual amb el propòsit o l'efecte d'atemptar contra la dignitat d'una persona, en particular quan es crea un entorn intimidatori, hostil, degradant, humiliant o ofensiu (Directiva 2002/73/CE).

ANDROCÈNTRIC/A

Relatiu a l'androcentrisme.

ANDROCENTRISME

Supòsit que considera el que és propi i característic dels homes dominants (allò masculí) com a centre de l'univers, paràmetre d'estudi, pensament i anàlisi de la realitat, base de tot el saber i l'experiència universal per a l'espècie humana. Confon la humanitat amb l'home-masclé. És una forma de sexisme que es manifesta sobretot per l'ocultació de les dones i la seva falta de definició.

CENS AGRARI

Operació estadística periòdica duta a terme per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Dones, salut i treballs



DANYS A LA SALUT DERIVATS DEL TREBALL

Les malalties, patologies o lesions patides amb motiu o arran del treball (Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals).

DESOCUPAT/ADA

Persona sense ocupació (que no ha desenvolupat una feina d'una hora almenys durant el temps de referència) disponible per treballar i que cerca feina activament.

DISCRIMINACIÓ DIRECTA

Situació en què una persona sigui, hagi estat o pugui ser tractada de forma menys favorable que en una altra situació comparable per raó de sexe.

DISCRIMINACIÓ INDIRECTA

Situació en què una disposició, criteri o pràctica aparentment neutres col·loquen persones d'un sexe determinat en desavantatge particular en relació amb persones d'un altre sexe, excepte que aquesta disposició, criteri o pràctica es pugui justificar objectivament amb una raó legítima i que els mitjans per aconseguir-la siguin adequats i necessaris.

DIVISIÓ SEXUAL DEL TREBALL

La divisió del treball remunerat i no remunerat entre homes i dones, tant en la vida privada com en la pública, en funció dels rols que tradicionalment els han estat assignats.

DOBLE PRESÈNCIA

S'utilitza per evidenciar el treball que les dones fan tant en l'àmbit domèstic com en el públic.

ESPERANÇA DE VIDA (EV)

Principal indicador de salut positiva; expressa el nombre d'anys que s'espera que visqui una persona si es manté constant la mortalitat específica per edat.

ESPERANÇA DE VIDA LLIURE D'INCAPACITAT (EVLI)

Temps que les persones poden esperar de viure sense incapacitat.

ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT (EVBS)

Temps que les persones poden esperar de viure en bona salut.

ESTEREOTIPS DE GÈNERE

Creences consensuades de la societat sobre com han de ser i comportar-se els homes i les dones. A través d'aquests estereotips s'assignen capacitats i actituds als dos sexes.

FORÇA DE TREBALL

Total de persones ocupades i desocupades.

GÈNERE

Constructe social i històric creat per les ciències socials que intenta diferenciar el sexe biològic de la manera com la societat construeix el fet de ser dona o el de ser home (Rohlf s i col. 2000). Aquest pot ser diferent d'una societat a una altra i/o canviar al llarg del temps.

MALALTIA PROFESSIONAL

Es defineix en l'article 116 de la Llei general de la Seguretat Social com la malaltia "contreta a conseqüència del treball efectuat per compte d'altri en les activitats que s'especifiquen al quadre que s'aprovi per les disposicions d'aplicació i desenvolupament d'aquesta Llei i que estigui provocada per l'acció dels elements o substàncies que en el quadre esmentat s'indiquin per a cada malaltia professional".

MALALTIA RELACIONADA AMB EL TREBALL

Aquella malaltia en la qual les condicions de treball són un element més en l'etiopatogènesi d'una malaltia de base multifactorial. Els factors d'origen laboral poden provocar-la, agreujar-la o accelerar la seva evolució.

MORBIDITAT

Proporció de persones d'un grup o d'una població que són afectades per una malaltia durant un període de temps determinat.

MORTALITAT

Proporció de persones d'un grup o d'una població que han mort per una malaltia durant un període de temps determinat.

OCUPACIÓ

Afer, feina, ofici, professió, quefer, treball.

Treball regular en què una persona empra el temps a canvi d'un salari.

OIT

Organització Internacional del Treball.

OMS

Organització Mundial de la Salut.

PERSPECTIVA DE GÈNERE

Permet enfocar, analitzar i comprendre les característiques que defineixen dones i homes de forma específica, així com les seves semblances i diferències.

Dones, salut i treballs



POBLACIÓ ACTIVA

Conjunt de persones que subministren mà d'obra per produir béns i serveis econòmics o que estan disponibles i fan gestions per incorporar-se a aquesta producció. Comprèn les persones de 16 anys o més que estan o bé ocupades o bé desocupades.

POBLACIÓ OCUPADA

Població de 16 anys o més que ha treballat, per compte d'altri o per compte propi, en la seva ocupació principal o en una de secundària. Per "treballar" s'ha d'entendre sempre la realització d'una activitat a canvi d'un sou, salari, benefici empresarial o guany familiar, en metàl·lic o en espècie, durant una setmana concreta (l'anterior a la de l'entrevista), durant almenys una hora. Quan un individu no compleix aquestes condicions, es diu que "no ha treballat" o que "ha estat absent de l'ocupació".

POBLACIÓ ATURADA/DESOCUPADA

Població de 16 anys o més que no ha treballat, està disponible per treballar i busca una ocupació. Es consideren disponibles les persones que podrien començar a treballar en el termini de dues setmanes (a partir de la data de l'entrevista). Es considera que hi ha una recerca efectiva d'ocupació quan s'han fet gestions en aquest sentit o per tal d'establir-se per compte propi durant les quatre setmanes anteriors (a la data de l'entrevista). També s'inclouen entre els desocupats les persones que no han treballat i que estan a l'espera d'incorporar-se a una ocupació.

POBLACIÓ INACTIVA

Població de 16 anys o més que no ha treballat i, o bé no cerca ocupació, o bé no està disponible per treballar. La recerca d'ocupació i la disponibilitat per treballar s'han d'entendre en el sentit com s'han utilitzat en la definició de població desocupada.

POLÍTIQUES PÚBLIQUES

Mecanismes a través dels quals s'institucionalitzen els processos. Per mitjà dels organismes de planificació, els ministeris i els organismes rectors de la política econòmica, fiscal i de crèdit, s'articulen accions que responen al model de desenvolupament. A través de les polítiques públiques els governs fan programes i assignen recursos per corregir les desigualtats socials i per millorar les condicions de vida de la població.

POLÍTIQUES NEUTRES EN RAÓ DE GÈNERE

No s'accepten les diferències per raó de gènere però es promou la igualtat.

POLÍTIQUES SENSIBLES AL GÈNERE

S'accepten les diferències de gènere i es promou la igualtat com a norma. Les diferències de gènere no es veuen com un desavantatge sinó com un enriquiment de les activitats i estratègies en el lloc de treball.

POLÍTIQUES INSENSIBLES AL GÈNERE

No s'accepten les diferències per raó de gènere i no es promou activament la igualtat. L'actitud és individualista.

POLÍTIQUES BASADES EN ESTEREOTIPS DE GÈNERE

S'accepten les diferències i fins i tot s'exageren, però no es promou activament la igualtat. Les dones es consideren destinatàries de mesures de protecció especials.

RISC GREU I IMMINENT

Aquell que racionalment sembla probable que es materialitzi en un futur immediat i pugui suposar un dany greu per a la salut dels treballadors i les treballadores.

En el cas d'exposició a agents susceptibles de causar danys greus a la salut dels treballadors i les treballadores, es considera que hi ha un risc greu i imminent quan és racionalment probable que es materialitzi en un futur immediat una exposició a aquests agents, de la qual es poden derivar danys greus per a la salut, encara que no es manifestin de forma immediata.

ROL

Posició que una persona ocupa en l'estructura social. Descriuen el paper que juga i les funcions que ha de desenvolupar en el medi i, per això, els corresponen una sèrie de drets i deures.

ROLS DE GÈNERE

Els rols de gènere defineixen els papers, funcions i activitats que s'atribueixen com a pròpies tant per als homes com per a les dones.

SEGREGACIÓ EN EL TREBALL

Concentració d'homes i dones en tipus i nivells diferents d'activitat o de feina, on les dones es veuen confinades a un ventall més estret d'ocupacions que els homes (segregació horitzontal) i a llocs de treball de nivells jeràrquics inferiors (segregació vertical).

SENSIBLE AL GÈNERE

Capacitat de detectar les diferències, necessitats i desigualtats lligades al gènere i d'incorporar-les a estratègies i accions.

SEXE

Categoria biològica que, en principi, és immutable i ahistòrica.



SOCIALIZACIÓ DIFERENCIAL

Procés mitjançant el qual els homes i les dones van aprenent les normes, valors, costums, estereotips i rols assignats per cada cultura particular als homes i a les dones. Es un procés que comença des de la primera infància i que es consolida al llarg dels anys. Aquest procés és reforçat per institucions socials com la família, les institucions educatives i religioses i els mitjans de comunicació social, el grup de parells i iguals.

TAXA D'ACTIVITAT

Quocient entre actius i la població de 16 i més anys per cent.

TAXA D'ATUR

Quocient entre aturats i actius.

TAXA D'OCUPACIÓ

Quocient entre ocupats i la població de 16 i més anys per cent.

TREBALL

Esforz o activitat de la persona a fi de satisfer les seves necessitats i/o produir riquesa, transformant la natura.

TREBALL DOMÈSTIC

El que es produeix sota unes relacions socials que tenen el seu origen en la institució familiar.

TREBALL PRODUCTIU

El que es desenvolupa sota unes relacions socials presidides per la desigual venda de força de treball a canvi d'un salari. És l'únic reconegut econòmicament i socialment com a treball en les societats industrialitzades.

TREBALL DE LA REPRODUCCIÓ

Conjunt d'activitats orientades al manteniment i l'atenció de la llar i de la família. No es limita a l'espai físic i simbòlic de la llar; consta de les dimensions següents:

- automanutenció,
- d'infraestructura de la llar,
- de les càrregues reproductores passades, presents i futures,
- d'organització del conjunt del treball de la reproducció,
- de les tasques de mediació,
- corresponent a les tasques de representació conjugal.



ÚLTIMES PUBLICACIONS EDITADES

Col·lecció Estudis del CTESC

7. La descentralització dels serveis públics d'ocupació. L'impacte de les polítiques actives d'ocupació a Catalunya.
8. Dones, salut i treballs.
9. Integració dels immigrants qualificats al mercat laboral a Catalunya i Europa.

Col·lecció Llibres del CTESC

4. El marc català de relacions laborals. Volum 1
5. El marc català de relacions laborals. Volum 2
6. Canvis i transformacions. Bruno Trentin

Col·lecció Tesis doctorals

Planificació del temps de treball amb jornada anualitzada. Amaia Lusa García

Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2004

Col·lecció Dictàmens

Indicadors bàsics socioeconòmics i laborals

Butlletí periòdic de caràcter mensual.



Per a més informació: www.ctescat.net • ctescat@gencat.net

Punts de venda a les llibreries de la Generalitat:

Barcelona	93 302 64 62
Girona	972 22 72 67
Lleida	973 28 19 30
Madrid (Blanquerna Llibreria Catalana)	91 431 00 22



Consell de Treball,
Econòmic i Social
de Catalunya



Consell de Treball,
Econòmic i Social
de Catalunya



Generalitat
de Catalunya

ISBN 84-392-6906-5



9 788439 369080