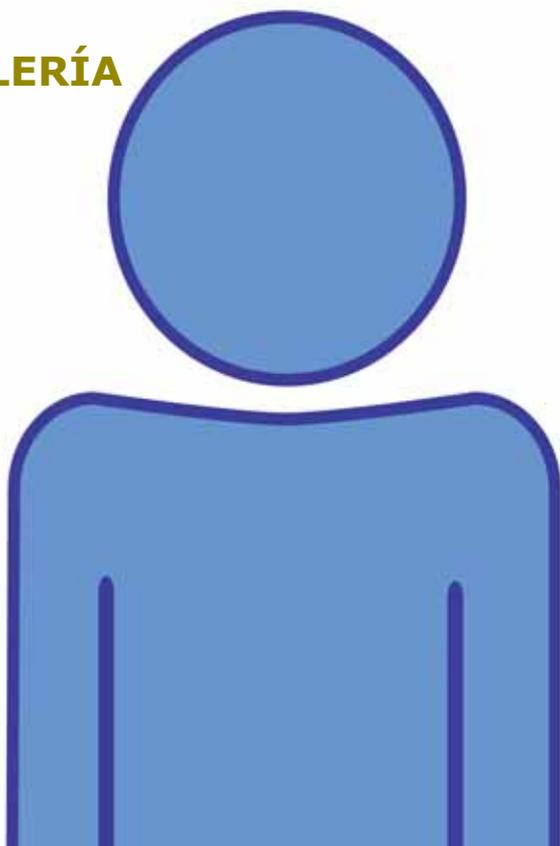
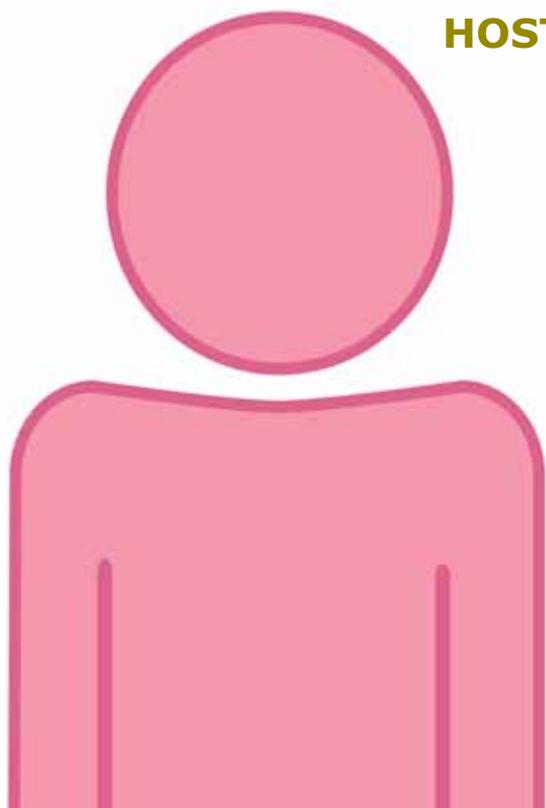
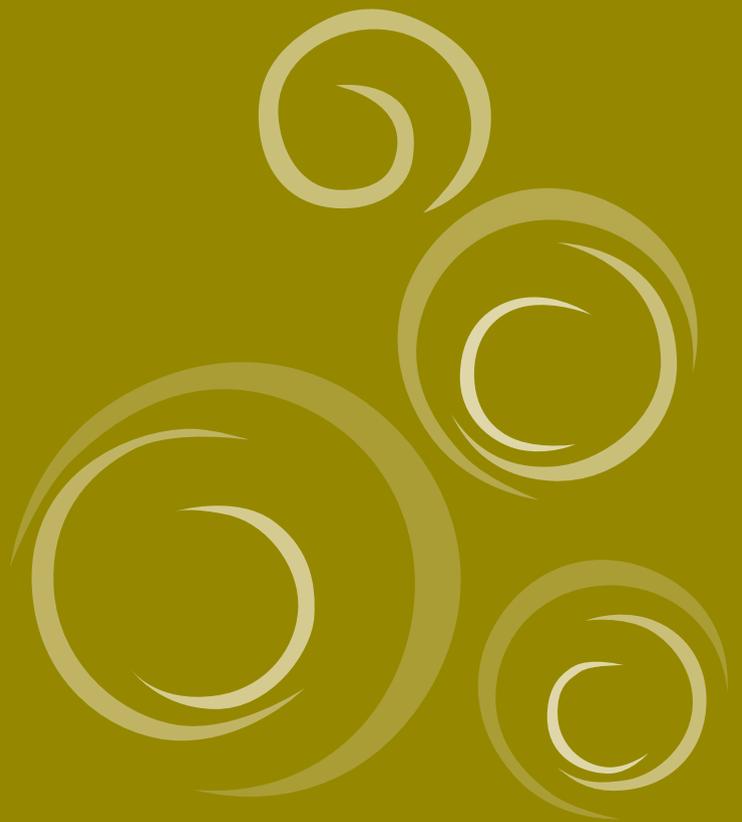


**LA DIMENSIÓN
DE GÉNERO EN
EL ABORDAJE
DE LA
PROBLEMÁTICA
DE SEGURIDAD
Y SALUD EN EL
SECTOR DE
HOSTELERÍA**



**“LA DIMENSIÓN DE
GÉNERO EN EL ABORDAJE
DE LA PROBLEMÁTICA DE
SEGURIDAD Y SALUD EN
EL SECTOR DE
HOSTELERÍA”**







Índice

1. Introducción	09
2. Objetivos del Proyecto	19
3. Dimensiones y conceptos generales	25
3.1 ¿Qué se entiende por género?	27
3.2 ¿Qué se entiende por análisis de género?.....	30
3.2.1 Identificación de inequidad de género en salud	30
3.2.2 ¿Por qué la perspectiva de género?	31
4. El Enfoque de Género en la Hostelería	37
4.1 Estudio técnico.....	39
4.2 Puestos de trabajo objeto del estudio	40
4.3 Técnicas cualitativas	42
4.4 Técnicas cuantitativas	68
4.4.1 Los determinantes de salud relacionados con el trabajo.	69
4.4.2 Determinantes de la salud relacionados con los factores biológicos.....	71
4.4.3 Metodología: Material y Métodos.	72
4.4.3.1 Descripción de la muestra.	73
4.4.3.2 Análisis de las condiciones de trabajo desde la dimensión del riesgo laboral.....	84
4.4.3.3 Cuestionario de salud percibida. El estado de salud de los trabajadores: Conocer para prevenir.....	91
4.4.3.4 Resultados de los principales indicadores de salud.....	94
4.4.3.5 Indicadores de Salud potencialmente relacionados con el Trabajo.	104
4.4.3.6 Orientaciones sobre la Vigilancia de la salud de los trabajadores de la hostelería...	121
5. Conclusiones	125
6. Propuestas de Mejora.....	133
7. Bibliografía	141





1.- Introducción



1.- Introducción

Las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres son, por un lado, de carácter biológico y, por otro, de carácter cultural y social.

El concepto de "género" se refiere a la asignación social diferenciada de responsabilidades y roles a hombres y mujeres que condiciona el desarrollo de sus identidades como personas, de sus cosmovisiones y de sus proyectos de vida. Esta asignación está basada en las pautas culturales, hábitos y condicionamientos sociales vigentes —**estereotipos sociales**— que definen y valoran roles y tareas de acuerdo al sexo, reservando prioritariamente para el hombre la esfera pública de la producción y para la mujer la esfera privada de la reproducción y el cuidado de los otros. Se hallan presentes desde el inicio mismo del proceso de socialización y son transmitidos desde el hogar, confirmados en la escuela y expandidos a través de los medios de comunicación masivos.

Quedan internalizados como desigual valoración de las competencias femeninas y masculinas por lo que condicionan la elección y los lugares "reservados" a la mujer en lo personal, laboral y profesional.

La "**integración de la dimensión de género**" es: la (re)organización, la mejora, la evolución y la evaluación de los procesos de toma de decisión, con vistas a incorporar la perspectiva de la igualdad entre las mujeres y los hombres en todos los campos y a todos los niveles, por parte de los actores generalmente implicados en la implementación de políticas.

Las funciones derivadas del género, a diferencia de las originadas en el sexo —que están determinadas biológicamente y son universales—, son comportamientos aprendidos en una sociedad dada o en un grupo social, y son el resultado de un proceso de construcción social que diferencia los sexos al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

Las mujeres se han venido incorporando activamente al mercado laboral, pero no renuncian a su trabajo de cuidado y reproducción: dos de cada tres comparte ambas tareas. Y, en la medida que aumenta la edad y el proyecto familiar se consolida, esta situación se generaliza. La mujer se enfrenta a la difícil compaginación entre la vida laboral y la vida familiar, lo que las obliga a disponer de menor tiempo para ellas mismas, si bien saben que la disponibilidad de tiempo es requisito para el proyecto profesional y que la estabilidad laboral, actualmente, requiere tanto de una adecuada planificación como de una priorización de dicho proyecto de vida.

El cuidado de los hijos y otras facilidades y medidas destinadas a conciliar mejor el trabajo y la vida privada siguen siendo muy insuficientes en la mayoría de los países y suelen ser de mala calidad o demasiado caras. Además, se siguen viendo como "facilidades destinadas a las mujeres" más que a los padres.

Los estudios que abordan la dimensión de género desde la salud laboral suelen basarse en la ocupación como un indicador importante del tipo de trabajo que desarrollan hombres y mujeres. Las condiciones de trabajo están más íntimamente relacionadas con el estatus ocupacional que con el género en sí mismo.

Parece haber unas "cualidades naturales" que se atribuyen a las mujeres para justificar esa división sexual del trabajo. Se emplea a mujeres cuando: el trabajo consiste en cuidar o atender a personas, se realiza en el interior, se percibe como carente de peligros, se trata de puestos estáticos, exige precisión visual, destreza, rapidez de ejecución, alta tolerancia a las interrupciones y capacidad de hacer varias cosas a la vez. **Las mujeres ocupan con mayor frecuencia empleos de baja cualificación, de menor esfuerzo físico pero con mayor exigencia de rapidez y**

precisión, sedentarios y monótonos, con menos responsabilidad y pocas posibilidades de promoción.

Las diferencias en cuanto a las condiciones de empleo también repercuten en la salud laboral. **Se concentra mayor número de mujeres en los trabajos precarios y de menor retribución salarial, lo que afecta a sus condiciones de trabajo.** Las mujeres predominan en el trabajo a tiempo parcial, donde la segregación de géneros es aún más pronunciada. Además, las mujeres tienden a mantenerse más tiempo en el mismo puesto, por lo que sufren una exposición más prolongada a los riesgos.

Algunas de estas diferencias están en relación directa con otra desigualdad, la que se produce en el ámbito extralaboral. El aún "relativo" valor social concedido al trabajo asalariado de las mujeres, o la doble jornada de las que trabajan dentro y fuera de casa condicionan las características de la vida laboral y sus efectos en la salud. **Esta situación de "doble jornada" desemboca en una sobrecarga de trabajo, de agotamiento y de estrés, además de un "conflicto de roles".** Las mujeres se multiplican continuamente pero siempre a costa de su propio tiempo, esfuerzo y salud, lo que se traduce en un incremento de los riesgos laborales ligados a la sobrecarga y el estrés.

Esta realidad compleja hace que hombres y mujeres estén expuestos a riesgos diferentes; donde los trabajos feminizados se caracterizan por presentar principalmente riesgos ergonómicos y psicosociales.

En consecuencia, se producen efectos diferenciales en la salud. En el caso de las mujeres, a menudo se trata de efectos que aparecen a largo plazo y que son de etiología multicausal, donde se combinan diversos factores de riesgo laboral, y también extralaboral, para generar el daño.

Sin embargo, según un estudio de la Agencia Europea, se ha producido una subestimación de los riesgos de las trabajadoras y una falta de

reconocimiento del impacto del trabajo en la salud de las mujeres.

Generalmente se ha adoptado un enfoque neutro en cuanto a la política y legislación en PRL, lo que ha contribuido sin duda a que se destinen menos recursos y menor atención hacia los riesgos laborales de las mujeres y a su prevención. Además, como los problemas de salud que tienen las mujeres en su trabajo son menos visibles que los de los hombres, se les concede una menor importancia, se legisla y regula menos sobre ellos, se investiga menos, se dedican menos recursos económicos, se les presta menos atención y en definitiva, se les da menos prioridad.

Por ello, es preciso valorar los **riesgos "invisibles" que merman la salud de las mujeres en su condición de trabajadoras** por cuenta ajena y sobre los riesgos específicos ligados al papel que desempeñan en el trabajo doméstico y la atención a las necesidades familiares.

Para intentar explicar por qué hombres y mujeres presentan diferencias en los patrones de enfermar relacionados con los efectos de determinados riesgos, debemos preguntarnos por los aspectos en los que difiere su actividad: qué tareas desarrollan unos y otras, durante cuánto tiempo, en qué condiciones de trabajo, cómo interactúan las diferencias individuales (biológicas, psicológicas, etc...) con esas exigencias y condiciones laborales, y también si pueden estar influyendo las exposiciones de origen extralaboral.

Abarcar este estudio en el sector de la Hostelería representa un hito importante, ya que es un **sector con una gran población trabajadora femenina a la que vamos a estudiar los riesgos y modos de enfermar comparándolo con la población masculina que lo ocupa.**

La introducción de la perspectiva de género en el análisis de la salud implica reconocer que sí existen distinciones en el estado de salud de mujeres y

hombres, y sí trascienden de las diferencias exclusivamente biológicas, siendo construidas socialmente.

Trasladar a la salud laboral un enfoque integrado de género significa utilizar un método de trabajo que permita conocer y actuar en función de las particularidades, necesidades e intereses de hombres y mujeres.

La prevención de riesgos, por tanto, debe incorporar esta nueva perspectiva de cara a la aplicación de las normas: **la perspectiva de género** y deberá abordar de forma integral los problemas que afectan específicamente a las mujeres y que van más allá de los riesgos relacionados con la reproducción.

Una de las primeras ideas que tienen que quedar claras en el estudio de las desigualdades en salud según el género, es la de que género no es una variable. El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia. Para medir o entender el efecto del género en el análisis de datos poblacionales uno de los primeros pasos es desagregar la muestra según sexo.

En muchos campos de la ciencia y especialmente en la epidemiología y en la presentación de datos biomédicos, la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa. La palabra género se emplea de forma indiscriminada, tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo «políticamente correcto» de la palabra sexo. Un error frecuente en la bibliografía es la utilización del término "género" en artículos o estudios en los que no se han tenido en cuenta los conceptos de género en los parámetros de análisis o a justificar su uso sólo por el hecho de que la población de estudio esté desagregada según el sexo. Así, frecuentemente se encuentran tablas y figuras de datos cuantitativos crudos desagregados según sexo que incluyen

el género en su título, por ejemplo: «Mortalidad por cáncer según género», que dentro del marco teórico que proponemos sería un error. En este ejemplo para utilizar el término género de manera correcta se tendrían que haber interpretado los datos de mortalidad en la búsqueda de los determinantes sociales y biológicos de la enfermedad (en el ejemplo cáncer) que fueran diferentes y desiguales para mujeres y hombres, y sólo así se podrían explicar los resultados según el género.

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad e incapacidad, lo que ha generado un amplio campo de investigación. De este contexto surge una pregunta crucial: ¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres?. Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales. Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte. El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.

Asimismo cabe destacar que los roles de género también afectan a la salud de los hombres, por ejemplo condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico. La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema sanitario significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos

por somatizaciones o conductas de riesgo (adiciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo).

Si bien es cierto que en las últimas décadas se han producido notables transformaciones, que han mejorado considerablemente la condición de las mujeres, y se ha avanzado mucho hacia una igualdad "formal" , tanto en el acceso a la formación y al empleo, como a las formas de empleo y las posiciones ocupadas en la división social del trabajo, la realidad es que persisten y se enmascaran muchas desigualdades "reales", tanto en las remuneraciones profesionales con idéntica formación, en el reparto de las tareas domésticas y de las funciones en la pareja y en la familia, en las probabilidades de acceso a una posición social determinada, etc..





2.- Objetivos del Proyecto





2.- Objetivos del Proyecto

Al igual que en otros países del mundo, los estudios sobre mujeres, género y salud son cada vez más frecuentes. Sin embargo, la perspectiva de género, no ha sido desarrollada tanto como es necesario en los estudios de salud en el trabajo, ni el aspecto laboral, ha sido incluido ampliamente en los estudios de mujeres, género y salud. Al hablar de trabajo, nos referimos a un aspecto fundamental de la vida de mujeres y hombres que se realiza de forma remunerada o no remunerada.

La perspectiva de género puede abordar aspectos centrales de la explicación de la salud, porque permite descifrar determinaciones complejas derivadas de las relaciones entre mujeres y hombres. Por eso su confluencia sólo se puede dar con una visión más amplia de la salud en el trabajo, de manera que se ubiquen las situaciones generales y particulares que surgen de las contradicciones de género en las relaciones internas del trabajo.

Desde esta complementación de enfoque se pueden explicar los daños que sufren trabajadoras y trabajadores, por aspectos como las opciones segregadas de incorporación al mercado de trabajo, la exigencia hacia los varones de realizar trabajos peligrosos, la doble jornada de las mujeres, las condiciones de discriminación en los centros de trabajo y otros más, que en conjunto resultan de la confluencia de determinantes de las relaciones de género.

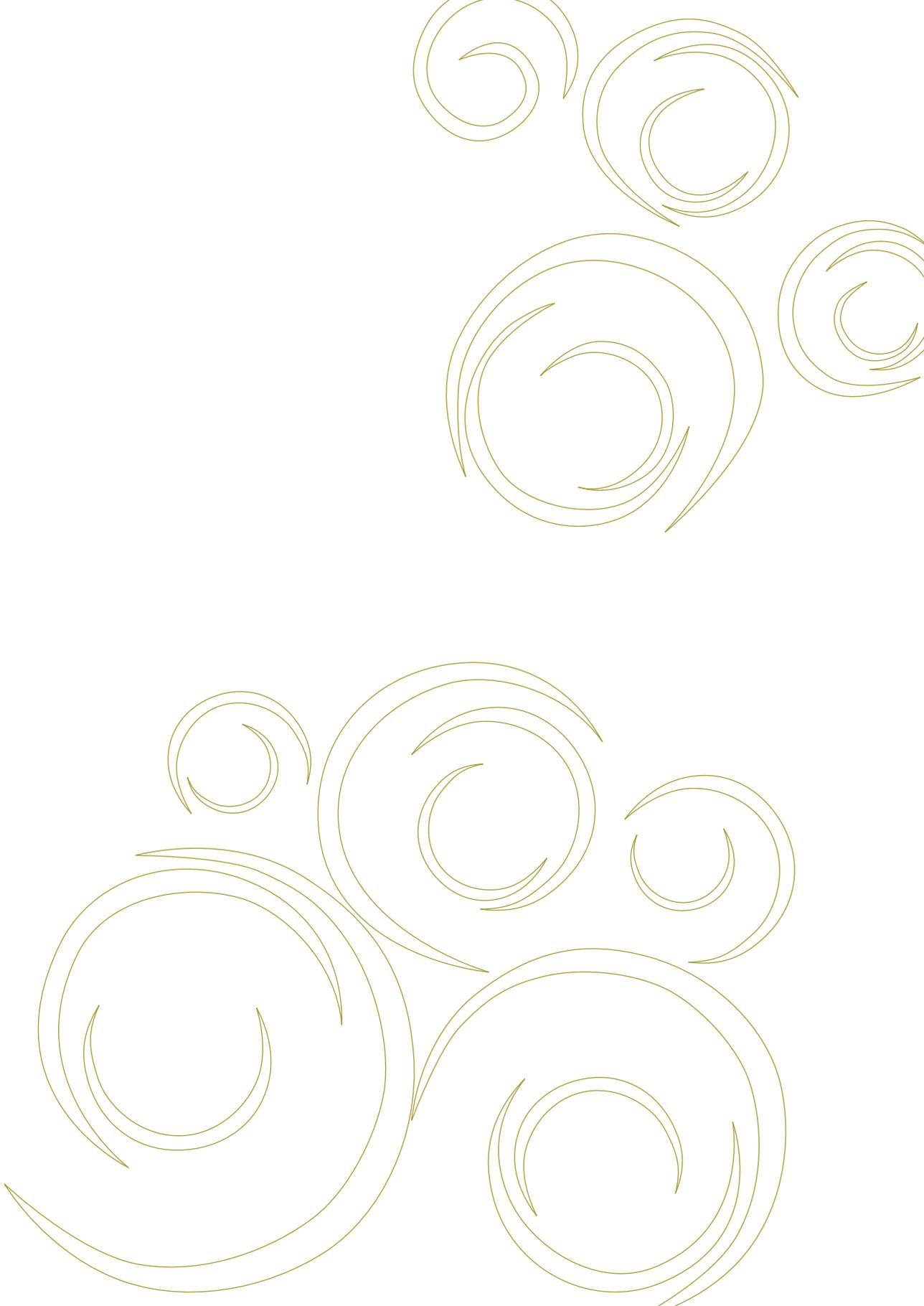
Los **objetivos que se plantearon en este proyecto** son los siguientes:

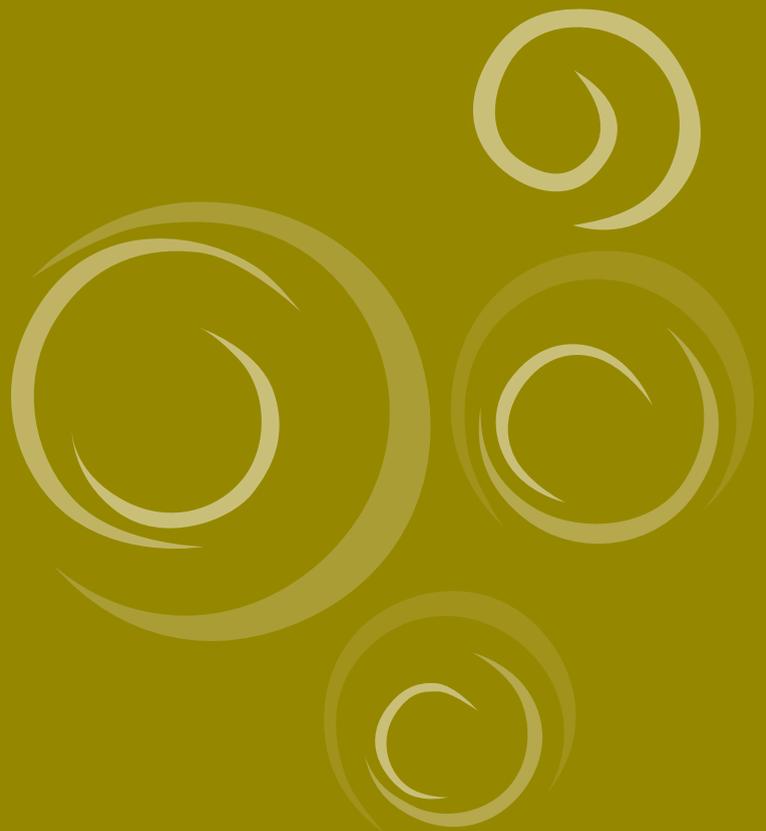
- Analizar e **investigar las diferencias en la forma de enfermar de mujeres y hombres** del sector de Hostelería, con el objetivo de reducir las desigualdades de género relacionadas con la salud laboral e identificar sus determinantes desde la perspectiva de género.
- **Establecimiento de una participación completa e igualitaria de**

los hombres y las mujeres en el lugar de trabajo, en el mercado laboral y en la sociedad en su conjunto, sin que las mujeres vean deteriorada su salud por cuestión de género

- **Tener en cuenta los cambios en las formas de empleo, las modalidades de organización del trabajo y la jornada laboral**, constituyendo una categoría particularmente sensible los trabajadores/as con relaciones laborales atípicas o precarias.
- **Integrar la dimensión de igualdad** entre hombres y mujeres en la evaluación del riesgo, las medidas preventivas y los mecanismos de indemnización.
- **Reforzar la prevención de enfermedades profesionales**, concediendo prioridad, entre otras, a los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres dentro del sector de hostelería.
- **Proponer mecanismos para la inclusión de la perspectiva de género en los indicadores estratégicos de seguridad y salud laboral**, para su programación en las políticas empresariales en la Hostelería que recojan estas especificidades.
- **Buscar indicadores** que permitan captar la incidencia de los riesgos de género de manera particularizada.









3.- Dimensiones y conceptos generales



3.- Dimensiones y conceptos generales

3.1.- ¿Qué se entiende por género?

El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.

El **análisis de género** define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones.

El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones.

El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel.

La **igualdad de género** es la ausencia de discriminación basada en el sexo en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

La **equidad de género**, asociada a los principios de justicia social y de derechos humanos, se refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos. Así, la equidad en salud, comprendería eliminar las disparidades evitables en salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social.

Incorporación de las cuestiones de género. La resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas define la incorporación de las cuestiones de género como *«... el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género»*. *«La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos... La incorporación de las cuestiones de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones, en el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación. Entre los instrumentos para las actividades de incorporación figuran nuevas prácticas de dotación de personal y preparación de presupuestos, programas de capacitación, procedimientos de política y directrices»*.

Antes de presentar el concepto de «género» es conveniente relacionarlo con el concepto de «sexo», para establecer sus mutuas relaciones y diferencias, como punto de partida de este enfoque.

En términos generales, los sexos - hembra y macho - son categorías biológicas, en tanto que los géneros - masculino y femenino - son categorías socioculturales. La primera es una categoría determinista y rígida (se nace), mientras que la segunda es una categoría construida socialmente (se aprende) y por tanto está sujeta a cambios.

El «sexo» alude a los aspectos físicos, biológicos y anatómicos que distinguen lo que es un macho de una hembra. Por el contrario, el «género» nos remite a las características que, social y culturalmente se atribuyen a hombres y mujeres, a partir de sus diferencias biológicas.

En la construcción de los géneros inciden varios factores como la tradición, la costumbre y los valores de una comunidad. En suma, la estructura cultural e ideológica de una sociedad es la que define y da contenido a lo que es considerado socialmente como «lo masculino» y «lo femenino».

El género requiere la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres - descrito como "feminidad" y "masculinidad". Contrario a la opinión popular, género no significa "la mujer" o "feminismo", se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.

La perspectiva de género permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a hombres y mujeres de manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias.



3.2.- ¿Qué se entiende por análisis de género?

El análisis de género es un esfuerzo sistemático para documentar y comprender en cada comunidad, las diferencias existentes entre hombres y mujeres, que generan diversas posibilidades en el acceso y control de los recursos y en la toma de decisiones al interior de la familia y la comunidad, con el objeto de tomar en cuenta estas diferencias en los proyectos.

Existen diferencias sustanciales en la vida laboral de mujeres y hombres, lo que afecta también a su seguridad y salud en el trabajo. La fuerte segregación ocupacional entre géneros hace que mujeres y hombres están expuestos a diferentes tipos de exigencias y tensiones, incluso cuando están empleados en el mismo sector y ejercen la misma profesión, a día de hoy nos encontramos con que se han infravalorado y descuidado los riesgos laborales para la seguridad y la salud de las mujeres en comparación con la de los hombres, tanto en lo que respecta a la investigación como a la prevención.



3.2.1.- Identificación de inequidades de género en salud

Las inequidades de género en salud están concentradas en tres tipos de desajuste:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud

(estado y determinantes de salud) - En parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud que los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.

2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos

—Otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos

oportunidad de acceso a los recursos económicos que les permiten obtener los servicios necesarios.

3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud -Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.



3.2.2.- ¿Por qué la perspectiva de género?

La perspectiva nos ayuda reconocer el impacto del género en:

- El estado y determinantes de salud para hombres y mujeres.
- Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud.
- El impacto de las políticas y programas de salud.
- La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud.

La equidad de género en salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de buena salud.

En general, las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres. La diferencia no solo es en la longitud de vida, sino también en la probabilidad de supervivencia - las niñas tienen mayor probabilidad de sobrevivir en el útero, durante la niñez, durante la adolescencia y durante la edad adulta. Entre grupos menos privilegiados, sin embargo, la brecha entre la expectativa de vida masculina y femenina disminuye y aún desaparece.

La salud significa mucho más que la expectativa de vida, debemos mirar la calidad de vida masculina y femenina, y sus modalidades de

comportamiento. Aunque las mujeres pueden vivir más tiempo, tienden a ser más afectadas por la enfermedad a largo plazo y crónica, que afecta significativamente la calidad de sus vidas.

Es importante señalar que el estado de salud y el comportamiento de los hombres es un resultado de la construcción social del género como lo es para las mujeres. La socialización masculina tiene un efecto considerable sobre la salud de los hombres. La evidencia indica una mayor propensión de los hombres hacia los comportamientos de riesgo que ensancha la brecha de expectativa de vida. La violencia, el contacto sexual inseguro, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, los hábitos alimentarios deficientes, la falta de ejercicio y una tasa mayor de suicidio pueden contribuir a explicar la muerte prematura entre los hombres.

Por lo tanto, la equidad de género implica:

- La eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia.
- La distribución y acceso a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos) según las necesidades particulares de cada sexo.
- Las mujeres y hombres contribuyen al financiamiento de salud según su capacidad económica, y no según riesgos o necesidades propios para cada sexo a cada etapa del ciclo de vida.
- Una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión de salud. Esto incluye valorar el trabajo no remunerado en cuidado de la salud.

Aunque las mujeres han trabajado siempre, su trabajo ha sido socialmente invisible y escasamente considerado como objeto de reflexión y estudio

hasta hace unas décadas, por lo que apenas existen estudios que profundicen en el binomio trabajo-salud de las mujeres.

La actividad laboral femenina en España ha aumentado considerablemente. En la actualidad, trabajar representa para las mujeres el factor clave en la búsqueda de una independencia individual y la construcción de una identidad. Sin embargo, la **tasa de ocupación femenina** española (61,1%) aún está por debajo de la media europea y de la tasa masculina en España (87,2%) (Sánchez-Urán, Y. 2006)

Una segunda transformación en el empleo femenino muestra cómo gran parte de las mujeres de hoy no abandonan tan a menudo como antes el mercado laboral, permaneciendo en él incluso cuando deciden formar una familia.

El aumento de la **formación y la cualificación** parece ser una premisa necesaria para que los hombres y las mujeres puedan acceder en igualdad de condiciones al mercado de trabajo. Sin embargo, esta premisa teórica no necesariamente tiene su traducción en la práctica. De hecho, la mayor cualificación de las mujeres no se traduce en una posición igualitaria a la de sus compañeros en el mercado laboral. Existen barreras invisibles e invisibilizadas, que constituyen lo que se ha denominado doble segregación: una segregación horizontal que orienta a hombres y mujeres a ocupaciones específicas, y una segregación vertical que pone trabas a la promoción laboral de ellas.

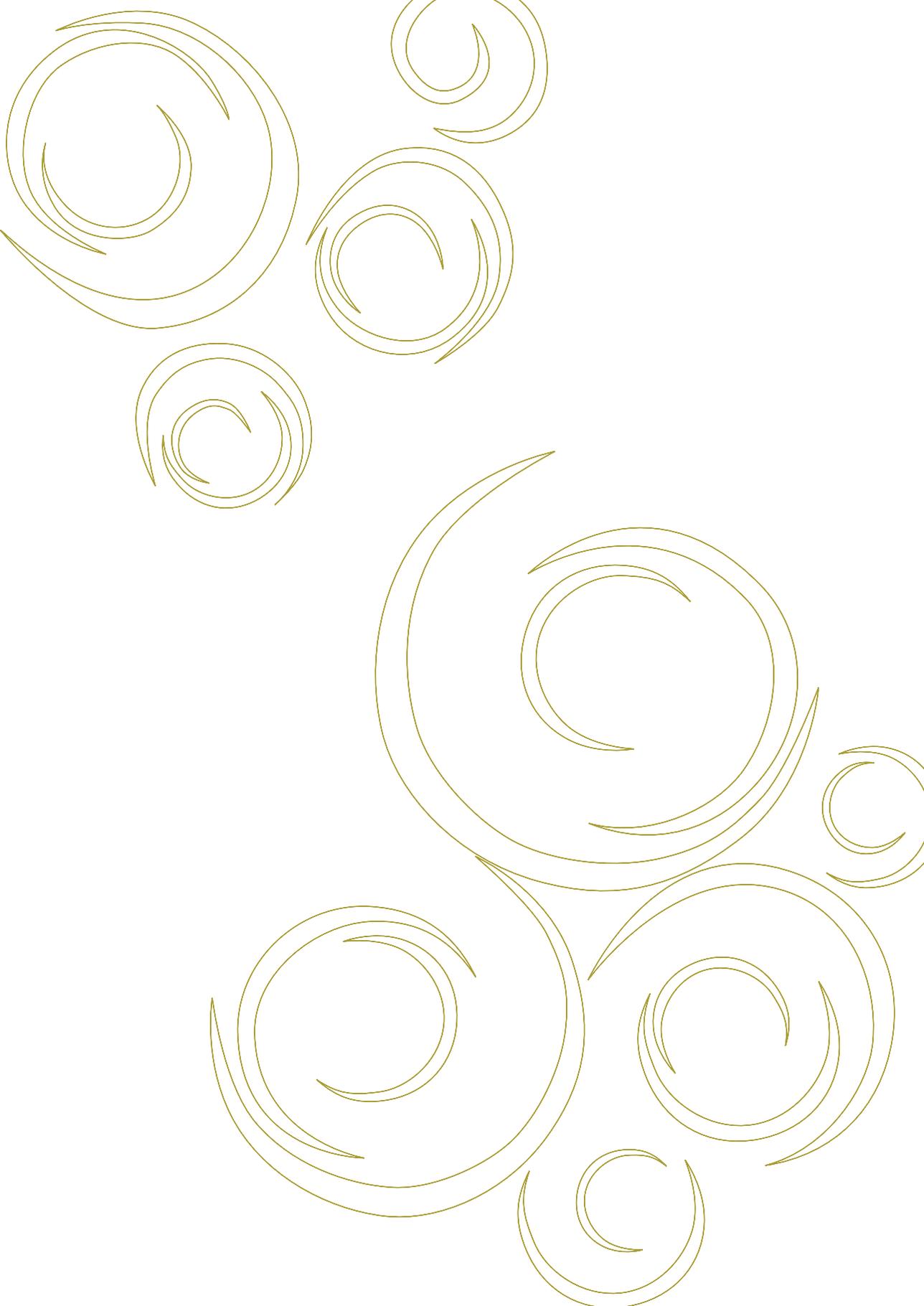
Respecto a la **segregación horizontal**, se argumenta que las ocupaciones definen convencionalmente las tareas propias de uno y otro sexo, haciendo de nuevo efectiva la disgregación que considera que hay trabajos remunerados femeninos cuyo ejercicio es adecuado para las mujeres, mientras que otros son impropios de ellas.

Estos trabajos no son los menos duros de realizar, sino que se trata de trabajos similares a las actividades que las mujeres han asumido durante años en el ámbito doméstico, trabajos asociados a espacios y actividades que simbólicamente son identificados como prolongaciones del hogar: el servicio doméstico, la confección textil, la enseñanza y la enfermería son reflejo de ello.

Resultado de esta particular distribución son los distintos **riesgos laborales** relacionados con las diferentes posiciones sociolaborales. Señala la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2005 que las mujeres se concentran en un 84% en el sector servicios, mientras que los hombres lo harían en un 50% en el mismo sector y en otro 30% en el sector industrial y de la construcción.

Frecuentemente, se excluyen a las mujeres en los estudios relacionados con la salud laboral o no se tiene en cuenta la segregación por género en las estadísticas más básicas de siniestralidad laboral. Por otro lado, existe la tendencia generalizada de atribuir a la falta de ajuste al trabajo, factores hormonales o subjetividad cuando se detectan problemas de salud entre trabajadoras. Aunque existen sectores de empleo claramente feminizados, en los sectores no feminizados, se produce una franca división de labores según el género de los y las trabajadoras. Adicionalmente, raramente se contempla el riesgo ocupacional añadido que existe en los hogares y la doble jornada de trabajo.







4.- El Enfoque de Género en el sector de la Hostelería





4.- El Enfoque de Género en el sector de la Hostelería

4.1.- Estudio técnico

En el artículo 14 de nuestra Constitución, concretamente se habla de la igualdad entre hombres y mujeres. Ahora bien, como sabemos, esta igualdad no es real porque mujeres y hombres tenemos asignados distintos papeles en nuestra sociedad. Así, las mujeres han tenido y tienen todavía asignado el cuidado de la familia (trabajo reproductivo que se desarrolla en el ámbito privado) mientras que los hombres han sido los encargados de conseguir beneficios económicos para el sustento de la familia (trabajo productivo que se lleva a cabo en el ámbito público). Sin embargo en la sociedad actual hay una tendencia de cambios de roles, la tasa de ocupación de la mujer es mucho mayor, al igual que la introducción del hombre en el cuidado del hogar.

Aún así, esta diferenciación de papeles da lugar a la desigualdad entre mujeres y hombres, ya que lleva aparejado la **invisibilización y desvalorización** del trabajo de las mujeres. Esta diferenciación basada en normas culturales, sin justificación, es lo que nos lleva a hablar en este estudio y en particular en el informe técnico de la Perspectiva de Género.

La perspectiva de género es más que una metodología que se introduce en la construcción del conocimiento y, que nos permite trasladar los análisis de la realidad en que vivimos, señalando las diferencias y situaciones de desigualdad y discriminación a todos los ámbitos de decisión.

La perspectiva de género nos ayuda a conocer la realidad en la que vivimos y los efectos que las decisiones políticas, económicas, educativas, sociales, culturales, sanitarias... tienen sobre mujeres y hombres.

Para caracterizar este fenómeno, nos proponemos abordar una investigación

de tipo descriptiva y comparativa en el sector de la hostelería, a partir del análisis de la información.

El análisis técnico que se ha realizado sobre las diferencias de género en el sector de la hostelería, abarca entre otros puntos: la exposición laboral y extralaboral de las mujeres en este sector. Para su realización se ha contado en todo momento con la colaboración activa de las entidades solicitantes, que han participado y colaborado conjuntamente con el equipo técnico de **SGS TECNOS**.



4.2.- Puestos de Trabajo objeto del estudio:

Con el fin de acotar la muestra del estudio dentro del sector de Hostelería, inicialmente y conjuntamente el equipo técnico con los solicitantes de la acción, determinaron sobre qué puestos de trabajo iban a ser objeto de nuestro estudio. Es decir, la muestra a analizar desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta como condicionante que debían ser puestos cubiertos indistintamente tanto por hombres como por mujeres. Finalmente se consensuó que los puestos de trabajo a analizar serían los de **Recepcionista y Camareros**, ya que son colectivos numerosos y tal y como exponíamos, están ocupados igualmente por hombres como por mujeres, de esta manera se podría distinguir más fácilmente la existencia de diferencias o similitudes -por cuestión de género- en cuanto al impacto en la salud de los diferentes riesgos a los que están expuestos.

Analizamos, a continuación, las funciones y tareas de los puestos objeto del estudio que son las siguientes:

- **Puesto de Recepcionista**

- **Funciones:**

- Son los encargados de informar, realizar reservas, entradas y salidas de clientes.

Tareas:

- Realizar de manera cualificada, con iniciativa y responsabilidad la recepción de los clientes y todas las tareas relacionadas con ello.
- Ejecutar las labores de atención al cliente en la recepción y atención telefónica.
- Realizar las gestiones relacionadas con la ocupación y venta de las habitaciones.
- Custodiar los objetos de valor y el dinero depositados.
- Realizar labores propias de la facturación y cobro, así como el cambio de moneda extranjera.
- Recibir, tramitar y dirigir las reclamaciones de los clientes a los servicios correspondientes.

• Puesto de camarero/a

Funciones:

Las funciones consisten en servir comidas y bebidas, acompañar a los clientes hasta sus mesas, y la limpieza y el mantenimiento de los comedores.

Tareas:

- Ejecutar de manera cualificada, autónoma y responsable, el servicio y venta de alimentos y bebidas.
- Preparar las áreas de trabajo para el servicio.
- Realizar la atención directa al cliente para el consumo de bebidas o comidas.
- Elaborar para consumo viandas sencillas.
- Transportar útiles y enseres necesarios para el servicio.
- Controlar y revisar mercancías y objetos de uso de la sección.

- Colaborar en el montaje, servicio y desmontaje de bufetes.
- Realizar trabajos a la vista del cliente tales como flambeo, cortar, trinchar, desespinar, etcétera.
- Colaborar con el jefe de comedor en la preparación y desarrollo de acontecimientos especiales.
- Podrá coordinar y supervisar los cometidos propios de la actividad de su Área.
- Informar y aconsejar al cliente sobre la composición y confección de los distintos productos a su disposición.
- Podrá atender reclamaciones de clientes.
- Facturación y cobro al cliente

Una vez seleccionada la muestra, se continuó con el análisis de la situación del sector teniendo en cuenta la perspectiva de género en relación a la prevención de riesgos laborales, con el fin de estudiar la **condición de género y su incidencia en las enfermedades más prevalentes del sector de la hostelería.**

Para ello se llevo a cabo la utilización de **técnicas cualitativas y cuantitativas.**

4.3.- Técnicas cualitativas (Grupos de discusión)

Mediante la utilización de las técnicas cualitativas se quiere analizar el estrato social y laboral, o sea, encontrar los “porqués” de la realidad, o al menos descubrir la tendencia o el patrón que sigue ésta. La recogida de información en el estudio cualitativo se traduce en la obtención y posterior análisis del diálogo libre y espontáneo entre un reducido grupo de personas sobre un tema en concreto. Esta técnica se caracteriza entre otras cosas por disponer de cierta flexibilidad en la información recibida. A través del moderador,

figura indispensable para la realización, se introduce el tema de manera concisa y clara, evitando en todo momento opinar. Para ello se incluyó un guión manejado exclusivamente por el moderador denominado técnicamente «guía de tópicos», en el que se encontraban incluidas todas aquellas variables sobre las que el grupo pudo debatir con entera libertad.

La técnica cualitativa utilizada en el proyecto fueron los grupos de discusión, y se realizaron 5 grupos. Presentamos a continuación las principales conclusiones y resultados de los mismos:

Los grupos de discusión que se han realizado han ido dirigidos a dos perfiles muy diferenciados, por ello se ha considerado realizar su análisis por separado.

Los grupos se han dirigido por una parte a aquellos trabajadores y trabajadoras que ocupan en el sector los puestos de recepción y el puesto de camarero/a y por otra a los expertos en materia de prevención de riesgos laborales del sector de la hostelería, por sus conocimientos de la materia y en el sector, a fin de valorar sus perspectivas sobre situaciones similares y tratar aspectos específicos de género.

Para poder obtener una información más real y evitar la desviación de información durante su realización, se acordó realizarlos de la siguiente manera:

- Un grupo solo de **mujeres** (repcionistas y camareras)
- Un grupo solo de **hombres** (repcionista y camareros),
- Un grupo **mixto** de camareros/as
- Un grupo **mixto** de repcionistas,

Aunque hay que reflejar que no siempre se pudo cumplir con el perfil elegido en cada uno de los grupos realizados.

Las cuestiones que se plantearon en los **grupos dirigidos a los trabajadores y trabajadoras** se han estructurado en base a tres grandes bloques:

- 1) **Tareas** que realizan en el puesto de trabajo.
- 2) **Riesgos** en el puesto de trabajo.
- 3) Consecuencias de los riesgos comentados en la **salud** de los trabajadores y trabajadoras.

- 1) Para efectuar un buen análisis del puesto de trabajo, es fundamental realizar un análisis de las **tareas** que se desarrollan en el mismo, identificando y determinando el tipo y modo de trabajo efectuado por una persona en el ámbito de un puesto de trabajo. Es necesario conocer las reseñas de cometidos y responsabilidades propias que desempeña cada trabajador y trabajadora en cada uno de los puestos de trabajo.

Para ello, en primer lugar se formularon todas aquellas cuestiones relativas a las tareas que los trabajadores llevan a cabo en el puesto de recepción y el puesto de camarero/a, con el fin de determinar si en este sector se están cumpliendo los principios fundamentales del derecho comunitario sobre la igualdad entre hombres y mujeres.

Cabe destacar, haciendo mención a la igualdad entre los hombres y mujeres en un mismo puesto de trabajo, que la mayoría de las aportaciones obtenidas durante la realización de estos grupos de discusión reflejaban, que hoy por hoy, al menos en este sector y en estos puestos de trabajo, **tanto el hombre como la mujer, realiza las mismas tareas en su puesto de trabajo**. No existe diferenciación aparente entre el trabajo que se realiza.

"Hoy en día las tareas que realizamos los trabajadores en nuestro puesto de trabajo, las hacemos por igual los hombres y las mujeres, si hay que recoger lo hacemos todos por igual, y si hay que limpiar también ... si que es verdad que hace años, sobre los años 95, si que podíamos encontrarnos en un mismo puesto de trabajo, algunas tareas que se realizaban solo por hombres y tareas que se realizaban solo por mujeres.. pero hoy en día y gracias a Dios!!! todo esto ha cambiado". Grupo Barcelona

"Yo trabajo en un hotel y nosotros hacemos lo mismo, más o menos un camarero/a de comedor bar suelen hacer las mismas tareas, quizá puede ocurrir, pero eso sale de nosotros mismos.. que alguna tarea que requiera mucho esfuerzo pues lo hace el hombre, pero vamos es lo mínimo". Grupo de Barcelona

"Por ejemplo en hostelería de bingos los camareros el 99% son hombres. Los camareros de salón del bingo son hombres y pensamos que quizá sea porque cogen bandejas muy muy pesadas, ya que no hay carritos y todo esta enmoquetado. Pesa mucho realmente y requiere un esfuerzo.

Yo no te doy la razón en eso, en mi empresa las camareras llevamos las bandejas igual que a los hombres, ¿porque tiene que elegir a camareros para aguantar bandejas si hacemos lo mismo?". Grupo de Barcelona

"Dentro de este puesto de trabajo no hay tareas que las hagan mujeres ni hombres, todos lo hacen por igual, salvo a lo mejor desplazar algún barril de cerveza que lo hace normalmente el hombre, pero vamos no existe ninguna tarea que se haga solo por las mujeres o por los hombres". Grupo de Sevilla

"Yo pienso que ahora hacen lo mismo que el hombre, hay que ver que es reciente la incorporación de la mujer a este sector, pero se ha igualado todo mucho. Si que es verdad que por ejemplo cuando hay que cargar mucho pues intentamos hacerlo los hombres, pero no por ellas sino por nosotros. Yo creo que en este sector son muy parejas las tareas, salario, etc..". Grupo de Barcelona

Aunque nuestra sociedad haya avanzado mucho en materia de igualdad entre hombres y mujeres, sigue habiendo diferencias claras. Seguimos encontrando acciones o tareas que requieren hoy por hoy un gran **esfuerzo físico**, y que son más viables de llevarlas a cabo por un hombre que por una mujer. En el sector de la hostelería, es frecuente manipular, coger, trasladar elementos cuyo peso puede exceder del límite estipulado que nos marca la normativa. Es en estos momentos, es donde se puede apreciar la lealtad y compañerismo que impera en este sector, ya que la empresa o dirección en ningún momento suele establecer diferenciación alguna en cuanto a tareas se refiere, sino que más bien son los propios trabajadores, quienes por el bien de todos lo suelen hacer.

"Nosotros sí que hacemos alguna diferenciación que la empresa no nos marca, por ejemplo, a la hora de trasladar un barril o algo de peso similar lo hacemos los hombres más que nada porque creo que somos más fuertes para hacer ese tipo de cosas, ahora bien.... También he visto a muchas compañeras realizar ese tipo de tareas y no pasa absolutamente nada.... Ante todo tenemos que ser buenos compañeros.....". Grupo de Valencia

"En mi hotel, generalmente las mujeres no suelen hacer turnos de noche, ese hecho, es algo que ahora mismo no nos llama la atención, es más lo entendemos ya que como todos sabemos una mujer nunca

se va a casa a descansar, sino que sigue trabajando y atendiendo a su familia". Grupo de Valencia

"Cuando se trasladan sillas, mesas... para realizar el montaje de algún salón, nosotros y así pienso que lo harán las mayorías de mis colegas, cargamos con todo aquello de más peso, y las mujeres cogen lo de menos peso como sillas, centros de mesa, etc.... Con esto no quiero decir que haya diferencias que nos lo marque la empresa, sino que cada uno por nuestra educación intentamos hacer las cosas lo más correctamente posible...". Grupo de Sevilla

Otra de las diferencias claras que han comentado tanto los trabajadores como las trabajadoras durante los grupos de discusión, ha sido la diferenciación que existe respecto a la **uniformidad** en un mismo puesto de trabajo por el hecho de ser hombre o mujer. Los uniformes se usan en una gran variedad de campos y momentos de la vida, y debería ser prácticos, fácil de lavar y cómodo de llevar. Los uniformes hacen fácilmente identificables a sus empleados y logran una apariencia limpia y ordenada que se ajuste a sus normas.

El uniforme de trabajo debe estar hecho con materiales adecuados al riesgo que ha de proteger. Los nuevos tejidos y técnicas de fabricación aportan gran comodidad al uniforme de trabajo. Es más, se ha producido un desarrollo continuo, especialmente en el estilo, el diseño y las técnicas de producción del uniforme de trabajo. Cada vez se crea más un uniforme de trabajo de mayor calidad y diseño atractivo, gracias a los modernos materiales existentes, el uniforme de trabajo ofrece un alto nivel de confort a los trabajadores. Ahora los trabajadores tienen a su disposición un uniforme de trabajo moderno y que se adapta a los requisitos de quien lo lleva.

Una de las consideraciones más importantes en el momento de elegir un

modelo de uniforme en la industria de la hostelería es que sea práctico. Muchas personas que trabajan en los restaurantes o en los hoteles deben de tener libertad de movimientos al mismo tiempo que es necesario dar una buena imagen corporativa. Elegir un práctico uniforme desde esta perspectiva mantiene a sus empleados cómodos y a la vez si se consensúa con ellos obtendremos un nivel de aceptación mucho mayor.

Sin embargo, a día de hoy existe diferenciación entre los uniformes que se les da a los hombres frente a los uniformes que utilizan las mujeres. Siendo esto una reivindicación que se suscita entre el colectivo femenino, ya que, tal y como se aprecia en los comentarios que se exponen a continuación, no entienden ellas, porque pueden utilizar indistintamente falda y pantalón.

"El tema de la uniformidad es una diferencia que se debe destacar. Somos prácticamente iguales a la hora de trabajar sino fuera porque ellos van en pantalones y van mas cómodos y nosotras en falda y vamos más guapas... Has visto donde he incidido verdad? El empresario quiere que estemos guapas y ellos cómodos..... Ahora estamos promoviendo junto con algunas otras empresas que por fin nos pongan pantalón a las mujeres o al menos nos dejen elegir, porque como mujer que soy entiendo que en algunos puesto, como el de recepción, la falda resulta cómoda". Grupo de Sevilla

"Incluso aquí ha habido problemas con las faldas que te obliga a llevar la empresa, están muy equivocados con este tema, porque deben de saber que nosotras estamos muy incomodas con este tipo de uniforme".

Por último, en todos los grupos realizados se ha coincidido en una situación que afecta a prácticamente la totalidad del sector. Este hecho se trata de

que no se cumple estrictamente con las tareas a realizar que estipula el convenio colectivo del sector ya que, en la práctica, son realizadas otras muchas más que no se corresponden, tanto en el caso de mujeres como de hombres.

Como está ocurriendo en otros muchos sectores, el sector hotelero y de la restauración está sufriendo un importante decrecimiento, debido principalmente a la bajada de la ocupación en las épocas fuertes del año (sobre todo en Canarias y Baleares) y, por otro lado, por el descenso del consumo (la gente continua viajando pero menos tiempo y consumiendo menos). Además, muchos de los trabajadores provenientes del sector de la construcción, que en su momento provenían de la hostelería pero que acudieron a él por una mejora en los turnos de trabajo y en las condiciones económicas, han intentado volver a la hostelería, pero el sector ha sido incapaz de absorber toda la mano de obra excedente. Una de las medidas que se están llevando a cabo y que afecta directamente a los trabajadores del sector, es la reducción de costes mediante la reestructuración de los puestos de trabajo. Esta situación puede generar una serie efectos negativos, ya no sólo a nivel de clima laboral sino también en relación a los nuevos riesgos a los que se pueden exponer de acuerdo a las tareas realizadas y no contempladas.

"En ocasiones nos dedicamos a desplazar para montar y desmontar las diferentes dependencias dentro del hotel, muchos de los trabajadores consideramos que esas tareas no nos pertenecen y que las realizamos porque el ajuste de plantilla es cada vez mayor. Se hace muchas más cosas de lo que se especifica en el acuerdo del sector de la hostelería, los empresarios te exigen que hagas más tareas de las que realmente tenemos encomendadas".

"Yo me considero un trabajador polivalente, y creo que muchos de mis compañeros también. Estamos inmersos en una lucha para conseguir que se cumpla las funciones y tareas que estipula el convenio..." Grupo de Palma de Mallorca

"También se dedican a desplazarse para montar y desmontar las diferentes dependencias dentro del hotel. Se hace muchas más cosas que lo que se especifica en el acuerdo del sector de la hostelería, los empresarios te exigen que hagas más tareas de las que realmente tienen encomendadas los camareros". Grupo de Sevilla

"No se especifican las tareas que tenemos o no tenemos que hacer, nos mandan y claro nosotros vamos a hacerlo, puede haber hoteles donde haya montadores que se limiten a montar y desmontar mesas y eso no hacerlo los camareros, los camareros solo limitarse a montar las mesas para los comensales, no tenemos por qué desplazarla ni montar las mesas físicamente. Pero la tónica general y lo que ocurre en este sector es que los camareros hacemos de todo porque los empresarios están reduciendo mucho las plantillas y están quitando puestos de trabajo y para compensar quieren hacernos polivalentes a todos los demás y eso es injusto". Grupo de Sevilla

La casi totalidad de los profesionales del sector, demandan al empresario claridad en cuanto a las tareas que se debe realizar en cada puesto de trabajo, ya que en ocasiones y por lo motivos expuestos anteriormente se tiene que asumir tareas que no entran dentro de lo estipulado en convenio y por tanto no disponen de información y formación adecuada para ello.

2) Principales Riesgos laborales en el puesto de trabajo.

La percepción del puesto de trabajo en el ámbito laboral se convierte en

un elemento crucial para entender la conducta del riesgo de los trabajadores. Los trabajadores y trabajadoras no desean tener una sensación de riesgo mayor que aquella que ya tienen asumida. Es necesario considerar cómo se percibe el riesgo, cómo debemos evaluarlo, qué límites debemos aceptar, cómo administrarlo y gestionarlo. Debido a la fuerte segregación ocupacional que a día de hoy todavía existe entre sexos en el mercado laboral, se considera que las mujeres y hombres están expuestos a diferentes entornos de trabajo y a diferentes tipos de exigencias y tensiones, incluso puede ocurrir cuando están empleados en el mismo sector y ocupan la misma profesión.

A diferencia de los comentarios que se han manifestado en el punto anterior, diferentes estudios reflejan que, en los trabajos ocupados mayoritariamente por mujeres, predominan los riesgos relacionados con las posturas de trabajo inadecuadas, largas jornadas de pie, trabajos repetitivos, manipulación de numerosos objetos de poco peso y riesgos relacionados con la organización del trabajo. En los trabajos ocupados mayoritariamente por hombres predominan los riesgos relacionados con la seguridad y la manipulación de objetos de elevado peso, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de estos estudios se centran en otros sectores de actividad.

A pesar de que en nuestra sociedad han avanzado los derechos de las mujeres, todavía persiste de manera muy marcada una diferenciación de roles de género (de las mujeres se espera que sean cuidadoras, de los hombres que sean productivos) y una situación de preponderancia y poder social para los hombres. Así mismo cabe señalar que las mujeres se han incorporado al mercado de trabajo sin cambios sustanciales en cómo y quién realiza el trabajo doméstico; esta realidad social también determina las condiciones del trabajo asalariado y de salud y provoca la aparición de riesgos que afectan principalmente a las mujeres.

Riesgos específicos de género:

- **Acoso sexual:**

El acoso sexual es sufrido fundamentalmente por las mujeres, identificándose dos tipos de acoso sexual: el chantaje sexual y el acoso ambiental. El chantaje sexual es el producido por superior jerárquico o personas cuyas decisiones puedan tener efectos sobre el empleo y las condiciones de trabajo de la persona acosada. El acoso ambiental es toda conducta que crea un entorno laboral discriminatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto de la misma.

"En el puesto de recepción el acoso sexual se produce más en nosotras que en los compañeros...". Grupo de Sevilla

- **La doble presencia**

La doble presencia se define cuando recae sobre una misma persona la necesidad de responder a las demandas del espacio de trabajo doméstico y de trabajo asalariado. La doble presencia como riesgo para la salud está determinada por el aumento de las cargas de trabajo, así como por la dificultad para responder a las demandas del trabajo asalariado y doméstico cuando aparecen de manera simultánea.

Diferentes investigaciones sobre el uso del tiempo han puesto en evidencia que las mujeres trabajan más horas que los hombres si tenemos en cuenta el trabajo doméstico y el trabajo remunerado y que la presencia de hombres y mujeres en estos ámbitos sigue una distribución totalmente desigual.

"Nosotras tenemos que atender a nuestra casa una vez hemos acabado nuestro trabajo. El hombre cada vez participa más, pero seguimos despuntando en estas cosas las mujeres". Grupo de Sevilla

● Otras situaciones de discriminación

Actualmente existen numerosos estudios sobre las desigualdades sociales frente al derecho universal a la salud, si bien son escasos los que contemplan de forma específica la relación entre discriminación laboral de las mujeres y sus efectos sobre la salud. Existen sin embargo suficientes indicadores para identificar las situaciones de discriminación:

- Numerosas investigaciones han puesto en evidencia que ante un trabajo del mismo valor las mujeres cobran entre un 20-25% menos que los hombres.
- Que las mujeres tienen un menor acceso a la formación y a la promoción.
- Aunque en todos los países los hombres trabajan más horas que las mujeres en empleos remunerados, el número de horas trabajadas por las mujeres es mayor si se combinan las horas de trabajo remunerado y no remunerado.

"Ojala tuviéramos tiempo para formarnos igual que los hombres, el atender nuestra familia es un problema para nuestra preparación profesional". Grupo de Sevilla

Ratificar o rebatir estos argumentos es lo que se ha pretendido en los Grupos de discusión, de tal forma que se pusiera de manifiesto la percepción que ambos colectivos –hombres y mujeres- tienen acerca de los riesgos laborales. Destacar por tanto que, en contra de lo establecido anteriormente, la mayoría de los trabajadores y trabajadoras que han formado parte de los grupos de discusión durante el desarrollo del presente estudio, han considerado que están expuestos a los mismos factores de riesgo. No se han apreciado diferencias aparentes en los diferentes grupos cuando se ha

formulado el bloque de preguntas centrado en los riesgos teniendo en cuenta la dimensión de género.

"Pensamos que los riesgos afectan por igual a los hombres que a las mujeres, puede haber alguna diferencia, pero es mínima y tendrá que ver con los pesos quizás. Hoy en día un riesgo que tenga un hombre lo tiene también una mujer". Grupo de Barcelona

"haber, haber... hemos dicho que todos hacemos lo mismo, verdad? Pues entonces los riesgos que tenemos, yo digo que son los mismos... si yo cojo cargas, ellas también las cogen, si yo limpio, ellas también limpian, si yo tengo que atender a un cliente, ellas también... tu ves alguna diferencia..:" Grupo de Valencia.

Entendiendo por riesgo laboral a todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar un daño. Los riesgos laborales que los trabajadores y trabajadoras de los puestos de recepción y camareros/as han destacado que tienen por igual, se desarrollan brevemente a continuación:

Puesto de Recepción:

Riesgos psicosociales:

Principales causas:

- Atención continua al público
- Alto nivel de atención y concentración
- Trabajo a turnos
- Falta de recursos humanos
- Excesiva carga de trabajo debido a la escasez de plantilla
- Lugar de trabajo con alto grado de estrés
- Conductas violentas o abusivas

"La carga de trabajo es excesiva, la reducción de puestos de trabajo está creando o fomentando la aparición de patologías que anteriormente no se consideraban relevantes, ahora somos recepcionistas, conserjes y alguna vez personal de mantenimiento....".

"La mayoría lo tiene el riesgo psicosocial, porque hay una carga excesiva de trabajo, hacemos 2 puestos en uno y no estamos arropados por la empresa y encima somos la cara simpática de los clientes. Luego también hay cámaras y nos graban y nos sentimos vigilados. Hoy por hoy renuevan los hoteles y mira por donde reducen la plantilla, dejan muy poca gente, porque la llave son de tarjetas, y el teléfono ya no se utiliza tanto, etc.. Reducen gente y los que quedamos estamos estresados, los problemas son cardiovasculares, tensión alta". Grupo de Palma de Mallorca

"En este puesto, no ha sido la primera vez que un cliente poco educado nos ha llamado la atención con una falta de educación abismal... Probablemente te digo que esto nos puede pasar tanto a nosotras como a ellos. Hoy en día los clientes distan mucho de ser esas personas educadas que entendían que estábamos haciendo nuestro trabajo de la mejor forma posible". Grupo de Sevilla

"En general los turnos de trabajo nos matan, cada x tiempo vamos rotando de turno, y no veas lo que nos cuesta acostumbrarnos a los cambios, porque claro... cambios en el trabajo implica cambios en tu vida social, personal y familiar.." Grupo de Sevilla

"Poca formación nos dan, sobre todo de atención al público y creo que falta que nos den muchas directrices para poder solventar algunas situaciones que nos ocurren a lo largo del día".

Riesgos ergonómicos:

Principales causas:

- Movimientos repetitivos en nuestro puesto de trabajo, todos hacemos de todo por lo tanto hay manipulación de cargas también.
- La bidepestaación por la jornada de trabajo de pie.
- Posturas forzadas
- Falta de diseño adecuado del puesto de trabajo, falta de espacio de trabajo.
- Etc...

"Mal diseño del puesto de trabajo, falta de espacio de trabajo. Tengo que escribir en el mostrador y tengo una mesa por debajo y realmente nuestra postura es muy incomoda, además tienes que estar al mismo tiempo atendiendo al cliente".

"La postura de pie es importante, nos pasamos generalmente todo el día de pie haciendo cosas, y esto nos afectan a la espalda y a las cervicales". Grupo de Palma de Mallorca

"Yo quiero destacar el estar de pie, ya que hay veces que no hay gente y tenemos que estar de pie, incluso hay veces que el diseño del teclado lo hacen para estar de pie, y eso afecta tanto a mujeres como a hombres". Grupo de Palma de Mallorca

Puesto de Camareros/as:

Riesgos psicosociales:

Principales causas:

- Atención continua al público
- Trabajo a turnos

- Excesiva carga de trabajo debido a la escasez de plantilla
- Conductas violentas o abusivas

"Tenemos un riesgo de estrés grandísimo como consecuencia de la continua atención al público, turnos, nocturnidad,..... tienes que hacer mil tareas a la vez, atender al cliente, cobrar, etc... Hay poco personal en determinados momentos punta, y eso nos crea un gran estrés. Hay muchos momentos que el trabajo se puede llevar, pero otros de mayor estrés que necesitamos ayuda" Grupo Sevilla

"Luego también la atención al cliente causa estrés, este trabajo es físico pero también es muy mental, más que nada porque hay falta de personal" Grupo Valencia

Riesgos ergonómicos:

Principales causas:

- Manipulación de cargas.
- La bidepestaación por la jornada de trabajo de pie.
- Posturas forzadas
- Etc...

"Los riesgos que tenemos son daño en las muñecas, las cargas de los platos son grandes, no existe nada que te ayude y es el propio cuerpo el que aguanta la carga" Grupo Valencia.

"Uno de los principales problemas que tenemos en nuestro puesto son las cargas continuas que tenemos que transportar....." Grupo Valencia.

3) Consecuencias de los riesgos en la **salud** de los trabajadores y trabajadoras del sector

Cuando se habla de salud laboral y de los riesgos derivados del trabajo se obvia la perspectiva de género y como consecuencia, el impacto que tiene sobre la salud de las trabajadoras las dificultades de conciliación de la vida profesional, familiar y personal.

La perspectiva de género puede abordar aspectos centrales de la explicación de la salud, porque permite descifrar determinaciones complejas derivadas de las relaciones entre mujeres y varones. Por eso su confluencia sólo se puede dar con una visión más amplia de la salud en el trabajo, de manera que se ubiquen las situaciones generales y particulares que surgen de las contradicciones de género en las relaciones internas del trabajo.

Una distribución desigual del trabajo implica riesgos diferentes y está relacionada, como se ha señalado, con las relaciones entre géneros, y este es el punto de partida para entender las diferencias en los daños a la salud de trabajadoras y trabajadores.

Sin embargo, la realización de esta parte del informe (estudio cualitativo) permite superar la idea de continuidad natural de la composición de la división del trabajo por sexos, contradiciendo la idea de que hay una especie de herencia sexuada, que lleva de la prehistoria a la actualidad, de los varones cazadores a la mayoritaria presencia masculina en actividades que requieren coordinación espacio temporal o de las mujeres recolectoras y cuidadoras, a la obligación de la crianza de los hijos y la atención del hogar, ya que como se ha visto en los apartados anteriores, los trabajadores y trabajadoras que han formado parte de los estudios cualitativos, no aprecian, a día de hoy, diferenciación alguna entre las tareas que realizan los hombres y/o las mujeres en un mismo puesto de trabajo, y entre los factores de

riesgo a los que parecen estar expuestos.

Por el contrario, cuando se ha centrado la reunión en aquellas cuestiones relativas a la salud del personal durante el desarrollo del trabajo, es cuando se han apreciado y percibido las primeras diferencias entre las opiniones del personal que ha asistido a los grupos.

Entre las opiniones de los integrantes de los grupos de los trabajadores, se destaca de forma significativa que existen claras diferencias en cuanto a las patologías que sufren los trabajadoras y trabajadores en un mismo puesto de trabajo por el simple hecho de ser hombre o mujer.

"Yo creo que hay mas hombres que tiene varices que las mujeres, porque en el sector hay más hombres que trabajan en la hostelería por lo tanto están mas cascados, dentro de 5 o 6 años se podrá hacer alguna comparación. Aunque yo creo que las varices las tenemos más los hombres y la verdad es que no se porqué, porque como te hemos comentado al fin y al cabo hacemos el mismo trabajo...". Grupo Barcelona

"Claro, está claro que estando todo el día de pie, la circulación no puede ir bien, en mi hotel al menos hay dos casos de varices, pero te hablo de operación y en particular se da en hombres, pero quizá porque las mujeres lo dan por supuesto que va con ellas y con su vida, y no son conscientes de que se hacen por causa del trabajo. Pero al igual que ocurre en otros hoteles y restaurantes lo tenemos más nosotros que ellas, esa puede ser una diferencia entre los hombres y las mujeres?... "Grupo de Barcelona

"En este puesto de trabajo se da también bajas por lesiones físicas. Los casos de tendinitis, por ejemplo es algo más propio de la mujer,

los hombres no solemos sufrirlo, yo en paradores conozco mujeres que están operadas de las muñecas pero hombres no...” Grupo Barcelona

“Yo tengo tendinitis pero la mutua no me hace caso, como mucho me da una muñequera y ya está arreglado. Pero la verdad es que duele mucho y no nos dan soluciones al respecto, entonces tienes que buscar medidas y para ello tienes que hablar con los delegados para que nos apoyen porque llega un momento que estamos olvidados, hay que intentar que se hable con los responsables para que se intenten tomar medidas... La diferencia que yo he encontrado es que la tendinitis o ese tipo de problemas lo padecemos más las mujeres que los hombres. ...”.Grupo Sevilla

“También tenemos problemas de espalda, cervicales, y también las migrañas, quizá se pueda dar este tipo de lesiones más en la mujer que en el hombre, pero sinceramente no sabemos por qué. Hay mucha gente que sufre de migrañas y hemos llegado a la conclusión que claro un camarero tiene que estar durante largos periodos de su jornada sometido a mucha presión. Imagínate en dos horas tu tienes el comedor lleno y tienes que atender a mucha gente y servir, y organizar, etc... cuando acabas, acabas reventado, y puede ser la causa de ese dolor, debido principalmente por el estrés al que estamos sometido. Ten en cuenta que cuando acabas el turno de trabajo fuerte, luego no descansas, tienes que reponer, ordenar, asear....Grupo Barcelona

También se han asociado diferentes patologías a las mujeres, en diferencia a los hombres. Destacar a su vez, que estas diferencias no se han considerado de esta manera tan marcada, en los dos puntos anteriores (tareas, factores de riesgo).

Además de los **factores biológicos** ligados al sexo también se deben considerar los **factores sociales**. Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de puestos de trabajo que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte. El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.

Asimismo cabe destacar que los roles de género también afectan a la salud de los hombres, por ejemplo condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico. La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema sanitario significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (adiciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo).

"El rendimiento de una mujer puede verse afectado por la doble jornada de trabajo en su casa. De todas formas es verdad sino nos comentas lo del doble rol de la mujer no hubiésemos caído en que aguantan menos que los hombres, o están más cansadas". Grupo de Valencia solo hombres

"Hay que tener en cuenta que las mujeres somos más frágiles cuando más mayores somos por el tema de la regla, menopausia, en la hostelería no se si os habréis fijado pero hay mucha anemia sobre

todo en las mujeres, por la mala alimentación, yo estuve preguntando y casi todos carecemos de hierro". Grupo Barcelona camareros mixto

"Por ejemplo donde puede haber diferencias es en el tema del acoso, tanto de compañeros, superiores como de clientes, que pueden ocasionar a la larga bajas laborales por estrés y depresión. Hay muchos locales que son limitados en cuanto al espacio y hay demasiado roce. Hay acoso o mobbing en mayor porcentaje a las mujeres que a los hombres". Grupo de Valencia

Por último comentar también, que una parte importante de las opiniones recogidas, han apuntado lo mismo que las conclusiones anteriores, y es que a su entender y por su conocimiento en el puesto y en el sector en cuestión, **no consideran ni perciben diferencia alguna entre la forma de enfermar de un hombre o una mujer que estén ocupando un mismo puesto de trabajo.**

"La condiciones de género no la consideran relevantes para que afecte más unas patologías a hombre mas que a mujeres o viceversa. El estrés quizá se de más en mujeres porque muchas veces estamos pensando en nuestro trabajo y en lo que tenemos que hacer después, pero hoy en día hay muchos hombres que también tienen una carga importante de trabajo fuera del trabajo normal, como lo entendemos todos. No creo que se pueda decir que las mujeres cojan bajas por esto y los hombres por lo otro...". Grupo mujeres

"Yo creo que no hay diferencias a la hora de enfermar entre hombres y mujeres, pero ni en las bajas, ni en las enfermedades, ni en los trabajos que realizamos, por favor!! Hoy todo esto de la igualdad ha

evolucionado bastante, no lo que gustaría en cuanto a los aspectos económicos, pero ha mejorado. Incluso en los temas ergonómicos, yo creo que esta todo por igual, que el puesto tanto esta mal diseñado para el hombre como para la mujer, y que nos podemos dañar de la misma manera". Grupo de Valencia

"Yo creo que le afecta igual, no creo que afecte mas a unos que a otras, además depende de la persona, obesidad, el ejercicio que hagas, la alimentación que tengas. Por ejemplo, quién come por turnos la alimentación es bastante mala, porque un día comes a la una otro días a las 12, cenas a las 6 de la tarde y tu cuerpo va descontrolado, igual para mi que para ella.....". Grupo Barcelona

Los resultados del grupo **dirigido al personal experto en la materia**, se presentan a continuación:

La complejidad de las relaciones laborales actuales en cuanto a la dimensión de género requería de una intervención de un equipo de técnicos y profesionales polivalentes capaces de diagnosticar problemas y proponer soluciones. Se analizaron las variables correspondientes a la exposición laboral de los colectivos estudiados, con el objetivo de analizar la situación del sector desde la perspectiva de género y en relación a la prevención de riesgos laborales.

En primer lugar, y a diferencia de las opiniones que se han obtenido en lo grupos dirigidos a los trabajadores, sí que se ha considerado que existen diferencias aparentes entre las mujeres y hombres que ocupan un mismo puesto de trabajo.

"Para mujeres un tema a tener en cuenta que les produce incomodidad e incluso posibles riesgos es el tema de los uniformes. Las mujeres

cuando se agachan lo hacen mal, pero no porque no puedan hacerlo bien, sino para evitar que con los uniformes se les vea algo, se quejan la mayoría de lo incómoda que les resulta la ropa de trabajo”.

“En cuanto a los riesgos higiénicos también puede encontrarse diferencia, los productos pueden tener consecuencias diferentes en las mujeres que en los hombres sobre todo si están embarazadas”.

“Yo pienso que las consecuencias que tiene el trabajo a turnos afecta más a las mujeres que a los hombres por el hecho de la doble jornada de la mujer. Evidentemente la doble jornada es un hecho que hay que tener en cuenta, pero considero que no es un riesgo para el trabajo de la mujer, además por suerte cada vez el hombre esta más implicado en todo lo relacionado con las tareas extralaborales de la casa...”

En el sector de la hostelería, como ocurre en muchos otros sectores, sus trabajadores y trabajadoras están expuestos a numerosos y diferentes factores de riesgo, entre los que se encuentran los riesgos sociales derivados por la discriminación, acoso, etc... Es obvio, como así ha opinado la mayoría, que los factores de riesgo no afectan de la misma forma a los hombres que a las mujeres, de hecho la propia ley estipula un peso estimado para las mujeres diferentes de los hombres.

“Este es un sector donde existen muchos y diversos factores de riesgo, riesgo sociales derivados por la discriminación, que pueden afectar más a la mujer que al hombre. Desde el punto de vista de la prevención es obvio que los factores de riesgo no afectan de la misma forma a los hombres que a las mujeres, de hecho la propia ley estipula un peso estimado para las mujeres diferente de los hombres. Hay que evaluar bien los riesgos laborales teniendo en cuenta la dimensión de género, planificar las medidas preventivas y que se lleven a cabo. No solo están

los riesgos psicosociales y ergonómicos, que consideramos los grandes olvidados para atender teniendo en cuenta la perspectiva de género, existen otros riesgos que deberían mejorarse como puede ser: los riesgos físicos también son importantes, riesgos de lavado con sustancias que afectan a la mujer y pueden provocar cambios hormonales y que está presentes en detergentes, etc.... por lo tanto con lo expuesto, se deduce que hay riesgos que pueden afectar de diferente forma a una mujer que a un hombre, por el hecho biológico, por el hecho del doble rol de la mujer como pueden ser los turnos, o por el hecho de condiciones discriminatorias como puede ser el acoso laboral....”

”Hay diferencias porque hay veces que los turnos no pueden ponerse por la noche a las mujeres por la carga adicional de su casa, es muy difícil que haya una mujer de sereno.... o en algún otro puesto que implique un rotación en el puesto de noche, por lo menos por lo que yo se.....,. El hecho es que no están en muchos puestos y turnos por el mero hecho de ser mujer”.

”¿Donde están las grandes diferencias? No en los riesgos de seguridad o quizá de higiene, las grandes diferencias se encuentran en los riesgos ergonómicos y de la psicología, es decir en el campo ligado a lo que podríamos llamar enfermedades de origen laboral. ¿Porque? Pues en el campo de la ergonomía cuyo objetivo es adaptar el puesto al trabajador, en los hoteles no están los medios o recursos adaptados a las medidas antropométricas de la mujer, la mesa no está adaptada, ni la silla, etc...se piensa siempre en trabajador y no en trabajadora. Prevenir es prevenir en el origen una prevención primaria, y no se piensa que ese puesto pueda estar ocupado por una mujer, yo creo que ese puede ser el primer error....”

"De cara a la ergonomía hay otro factor discriminatorio a la mujer, tenemos la doble carga, la doble vida, es hora de introducirlo en convenios pero aún no se refleja, ante un tribunal médico es difícil discernir qué viene del trabajo o del domicilio, achacan muchos problemas de trabajo como consecuencia de los trabajos en casa, y es algo que tenemos que separar. Desde las investigaciones médicas no hacen bien las investigaciones. En cuanto a lo psicosocial, temas como ritmos, turnos no afectan por igual a hombres como a mujeres, ya que la mujer tienen otras responsabilidades, que les impiden directamente formarse y por consiguiente en poder ascender y poder tener más conocimientos sobre su trabajo y otros aspectos. La formación es fundamental, y deberían tener la misma posibilidad de acudir tanto hombres como mujeres".

"En cuanto a la carga mental, debido principalmente a los sistemas de comunicación interno y motivación, creo que ahí no es que salga perjudicada la mujer, sino que no se tiene en cuenta que el doble rol puede inducir a un agravamiento de la carga mental, debería tenerse en cuenta, y podría solucionarse con pausas".

"El tema de las agresiones, y el acoso moral, hay que tenerlo en cuenta también. El acoso moral se da cada vez más entre directivos y mujeres, además el tema de los enfrentamientos por parte de los clientes, es más normal que se produzca antes con una mujer que con un hombre".

"El tema del uniforme crea una falta de comodidad en la mujer".

Además se ha destacado claras diferencias en cuanto a las patologías que consideran más comunes en el sector en general, tanto en hombres como en mujeres.

"Las sillas son incómodas por estética, se busca más lo bonito que lo cómodo. A la larga el tema de la estética, sabiendo que es muy importante está originando muchos problemas. Los trabajadores están durante muchas horas de pie, aparecen varices que entiendo que son más propensas a las mujeres que a los hombres, esto produce una sobrecarga en las piernas y riesgos músculo esqueléticos, problemas lumbares. La política de compras del material tiene en cuenta la estética, pero es verdad que el diseñador utiliza unas medidas antropométricas más adecuadas al hombre que a la mujer."

"Las alteraciones músculo esqueléticas considero que afectan más a la mujer que al hombre, ya que existe todavía material muy pesado que no puede ser trasladado por carritos porque no en todos los establecimientos hay..."

Para mejorar la situación actual, se solicita por parte de todo el colectivo hacer una buena evaluación de los riesgos laborales, planificando las medidas preventivas para conseguir con el esfuerzo de todos, una mejora en las condiciones de trabajo de los profesionales del sector.

Se reivindica de forma unánime la correcta evaluación de los riesgos donde se recoja la perspectiva de género y la aplicación y toma de las medidas preventivas adecuadas, pero antes es fundamental que la práctica legislativa integre la igualdad de género en la prevención de Riesgos Laborales. El cumplimiento de cada uno de los puntos que recoge la normativa en prevención debe cumplirse totalmente, incluso mejorándose todos aquellos puntos que requieran de aclaración durante las negociaciones del convenio colectivo.

"Es importante destacar que las metodologías de evaluación que hay hasta ahora implantadas hay que mejorarlas. Hay varias, pero dentro del ámbito donde nos estamos dirigiendo, tanto la ergonomía como

la psicología no se tiene en cuenta, o no al menos como se debería, por lo tanto no sirven de nada. Estaría bien en este u otros estudios concretar una metodología de evaluación en este sector centrada en los campos de la ergonomía y psicología ya que pienso que sería una herramienta muy útil que serviría para mejorar”.

“El empresario tiene que adaptar el puesto tanto al hombre como a la mujer.....”.

“Para poder contemplar la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales se debería cumplir en primer lugar la LPRL y los reales decretos que la desarrollan, así como las guías técnicas y notas de prevención, todo esto sumado la participación e implicación tanto de la empresa como de sus trabajadores”.

Destacan a su vez la importancia del papel de la negociación colectiva para centrar todos los aspectos ambiguos que existen actualmente en la ley, con el objetivo de mejorar este punto para que se traduzca en propuestas reflejadas en el convenio, con el fin de que pueda convertirse en norma. La incorporación de las cuestiones de igualdad entre los sexos en las negociaciones colectivas continúa siendo un gran reto, que se debe superar.

Para poder contemplar la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales se debería cumplir en primer lugar la LPRL y los Reales Decretos que la desarrollan, así como las guías técnicas y notas de prevención, todo esto sumado la participación e implicación tanto de la empresa como de sus trabajadores.

4.4.- Técnicas cuantitativas (encuestas de salud)

La técnica cuantitativa se utiliza normalmente para explicar eventos a través de una gran cantidad de datos. Si entendemos que la idea de las ciencias

es poder explicar fenómenos a través de relaciones causales, lo que pretende la investigación cuantitativa es determinar y explicar estas últimas a través de la recolección de grandes cantidades de datos que permitan fundamentar sólidamente una hipótesis. Generalmente, la recolección de estos datos pasa a través de la aplicación de encuestas y sondeos a una muestra que puede ser elegida al azar o a través del criterio del investigador.

Estas encuestas contienen una serie de preguntas cuyas respuestas contienen los datos a estudiar, los cuales pueden ser categorizados como de intervalo (numéricos), de rango o de categoría (nominales), en orden de mayor a menor cuantificación. Luego, estos datos pasan por procesos de análisis y medición estadísticos, que intentan buscar la relación que tienen estos datos con los fenómenos a estudiar, y que van desde un análisis univariado, que simplemente estudia el comportamiento de una sola variable dentro del set de datos a otros de creciente complejidad, multivariados, que intentan relacionar dos o más variables en el intento de explicar el fenómeno investigado.

A continuación pasamos a describir los principales resultados del estudio



4.4.1 Los determinantes de salud relacionados con el trabajo.

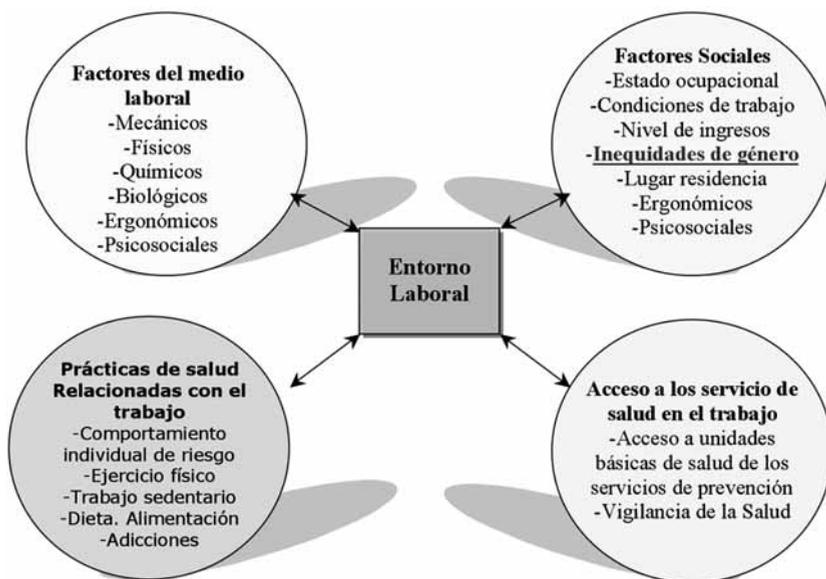
El sector de la hostelería, es un sector con una elevada siniestralidad, determinada por la existencia de unos riesgos específicos, en el que los factores relacionados con el género, pueden tener una elevada relevancia.

El nivel de salud de una población está directamente relacionado con los denominados factores determinantes de la salud. Estos factores los podemos dividir en los siguientes grupos:

- 1.- Los factores biológicos (la carga genética, el sexo, la edad...)
- 2.- El entorno (factores medioambientales y las condiciones de trabajo)
- 3.- Los estilos y hábitos de vida
- 4.- Los servicios sanitarios (accesibilidad a los recursos sanitarios)

Se estima que los estilos de vida y los factores biológicos constituyen en los países desarrollados como el nuestro el determinante de salud más importante (representan un 70%), mientras que el entorno es el que ocupa el segundo lugar (alrededor del 25%), por lo que centraremos nuestro estudio fundamentalmente en el análisis de esos determinantes.

Dentro de los determinantes de la salud relacionados con el trabajo (entorno laboral) podemos encontrar los siguientes factores relacionados:



Esquema 1.- Factores relacionados con la dimensión de la salud relativos al entorno laboral

El mercado de trabajo, la organización del mismo y la distribución de hombres y mujeres en las diversas ocupaciones y dentro de las organizaciones, tiene una orientación determinada por el género, que en la mayoría de los casos, es desventajosa para las mujeres, además de que éstas tienen una marcada carga de trabajo doméstico. La importancia del trabajo en el sentido de formación, adquisición de habilidades, aportación a la sociedad y el tiempo que ocupa en nuestras vidas, no deja duda de la influencia que tiene como determinante de la salud.



4.4.2.- Determinantes de la salud relacionados con los factores biológicos.

El término Mulier (Mujer), es una palabra latina de origen desconocido, sin raíces indoeuropeas, a diferencia de fémina (Hembra), voz indoeuropea ampliamente relacionada con felix, fecundus, filius, etc. La hipótesis que la relaciona con mollis "blanda" o mollitie "blandura", es muy antigua, una etimología popular sin base lingüística.

Los estudios en el medio laboral relacionados con las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se han centrado esencialmente en los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción (riesgo para el embarazo, parto reciente y durante la lactancia). Sin embargo, existen innumerables aspectos fisiológicos, histológicos y anatómicos de la naturaleza humana en donde existen importantes diferencias debido a la carga genética masculina o femenina.

Algunos aspectos de la biología humana influyen en las diferencias de los perfiles patológicos de trabajadoras y trabajadores.

Entre estas diferencias biológicas, podemos incluir los parámetros analíticos, la composición histológica de diferentes tejidos (fibras musculares, tendones, huesos, cuerdas vocales, etc....) y las características de los mismos (fuerza, flexibilidad, elasticidad, resistencia, etc....), el contenido de agua, distribución de la grasa corporal, los cambios hormonales, las diferencias antropométricas (dimensiones corporales, peso, talla, diámetros y perímetros corporales), aspectos neurosensoriales (umbral del dolor, percepción de la temperatura, tiempo de reacción, temperatura corporal..), etc...

Todos estos factores biológicos, pueden hacer que existan diferencias que hagan más sensibles o vulnerables a los hombres o a las mujeres a

determinados riesgos laborales presentes en las condiciones de trabajo, y muy especialmente, si sumamos una mayor exposición a factores de carga física, química, biológica y mental en el ámbito extralaboral, debido a una división sexual del trabajo o inequidades de género respectivamente. Aspectos como el impacto que sobre la salud pueden tener la turnicidad, el trabajo nocturno, la bipedestación prolongada, las posturas mantenidas, la manipulación de cargas, los movimientos repetidos, la exposición a agentes químicos, con una sobreexposición laboral y extralaboral, o aspectos protectores como son una alimentación equilibrada, la practica de ejercicio físico de forma regular y los mayores cuidados de la salud propia, son algunos ejemplos que hay que considerar desde una perspectiva de género.

Es por ello que planteamos esta investigación, pero desde un **enfoque tridimensional de la salud**, que abarque, por un lado, los determinantes de la salud relacionados con los **factores biológicos** derivados del **sexo**, de otro, los determinantes de la salud desde una dimensión de **género** y finalmente, los determinantes de la salud relacionados con el **trabajo** y los riesgos laborales.

Desde una **visión 3D del problema**, seremos capaces de identificar adecuadamente los diferentes factores de riesgo, de establecer sus interrelaciones y finalmente de enfocar de forma eficaz las propuestas para su prevención.



4.4.3.- Metodología: Material y Métodos.

Para analizar el impacto de los condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras del sector de la hostelería desde una óptica tridimensional, hemos llevado a cabo un **estudio epidemiológico**

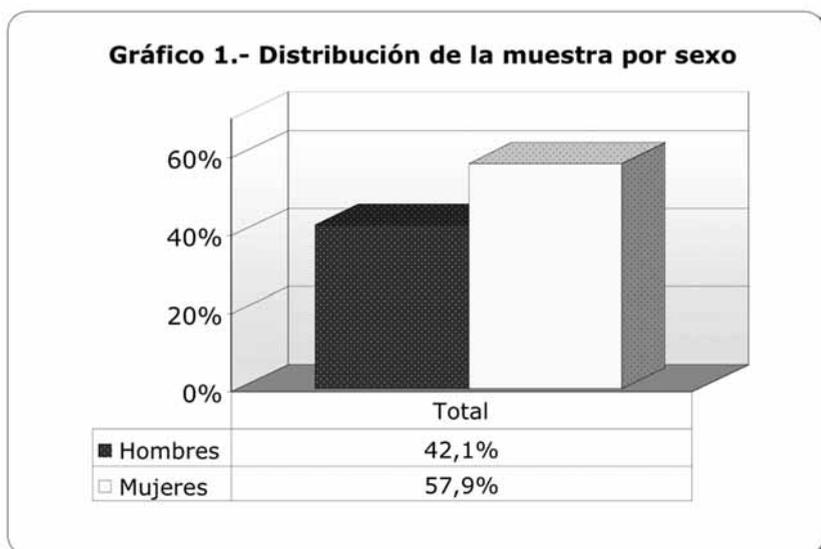
de tipo descriptivo transversal, analizando diversos indicadores sobre el impacto que, en la salud de los trabajadores y las trabajadoras, puede tener la exposición a los riesgos inherentes a la actividad laboral en función de los factores biológicos derivados del sexo y de la dimensión de género.

4.4.3.1.- Descripción de la muestra.

4.4.3.1.1.- Características sociodemográficas.

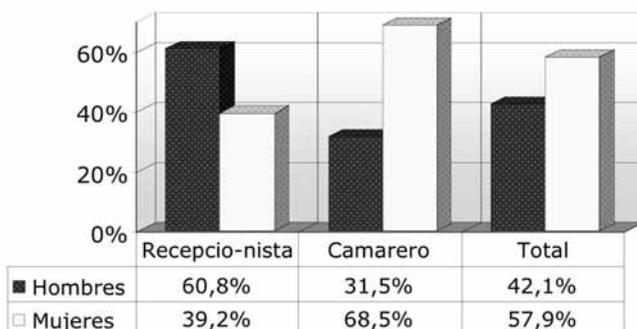
La muestra corresponde a un total de **140 trabajadores**, seleccionados al azar, que han participado de forma anónima y voluntaria, mediante la cumplimentación durante los meses de abril y junio de 2008, de un cuestionario de salud elaborado específicamente para este proyecto, con la siguiente distribución por **sexos**:

Se trata de un sector con una fuerte presencia femenina, el 54,4% de los ocupados. Según los datos de nuestra muestra, el 42,1% son varones y el **57,9% mujeres**, distribución muy similar que para el conjunto del



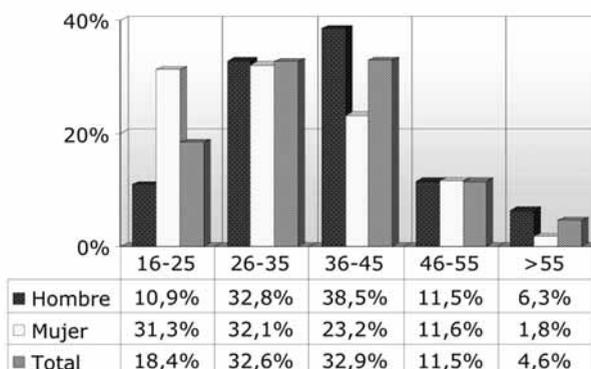
sector. Si bien, la presencia de mujeres es discretamente mayor dentro del puesto de camareros (68,5%) mientras que en el puesto de recepción predominan los hombres (60,8%). En hoteles y alojamientos el 60,9 % de los asalariados son mujeres y en restauración el 56,9%.

Gráfico 2.- Distribución de la muestra por sexo y puesto de trabajo



La **edad media** de la muestra es de **37,16 años** con un rango comprendido entre 19 y 62 años (Desviación típica de $\pm 10,36$ años). En la gráfica siguiente, podemos ver la distribución por grupos de edad.

Gráfico 3.- Pirámide de edad por sexo



La presencia de jóvenes también es importante. Hasta los 25 años, el porcentaje de mujeres es significativamente superior al de hombres. Entre 26 y 35 años, ambos porcentajes se equiparan. Entre los 36 y los 45 años, la proporción de trabajadores varones es superior a la de mujeres. Este período coincide con la etapa del cuidado de los hijos.

A partir de los 46 años, la población trabajadora disminuye notablemente en ambos sexos, y entre los mayores de 55 años, vuelve a haber mayor presencia de trabajadores varones.

El **fenómeno de la inmigración** tiene importancia en el sector, y se tendrá que tener en consideración de forma especial, en lo relativo a las actividades preventivas de formación, información y vigilancia de la salud.

En el año 2006, el número de inmigrantes en el sector se situó en 378.970, lo que supone un 24.6% de los ocupados del sector.

En nuestro estudio, un **13,6 % de los trabajadores son extranjeros**, principalmente de origen sudamericano.

El 35,7% de los trabajadores de nuestra muestra viven en el domicilio familiar, mientras que el 64,3% en domicilio propio (emancipación). No se han encontrado diferencias de género en este aspecto.

El 50,7% del total de trabajadores de la muestra tienen **hijos**, porcentajes que permanecen idénticos al contemplar el sexo. El 50,8% de los trabajadores y el 50,6% de las mujeres. El 13,9% tienen un hijo, el 27,7% dos y un 8% tres o más.

La carga de trabajo revela la posición asimétrica de hombres y mujeres en los hogares españoles, particularmente en todo lo relativo a los cuidados de familiares dependientes.

Dicha afirmación se confirma en nuestro estudio, en donde un 37,9% de los trabajadores tienen **familiares dependientes a su cargo**, si bien la **frecuencia es mayor en las trabajadoras** (44,4%) que en los trabajadores (28,8%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La presencia de familiares dependientes supone una cantidad de tiempo y esfuerzo dedicados a los cuidados, así como un factor de carga mental, que puede tener influencia sobre la actividad laboral y su impacto sobre la salud. No encontramos diferencias significativas según el puesto de trabajo.

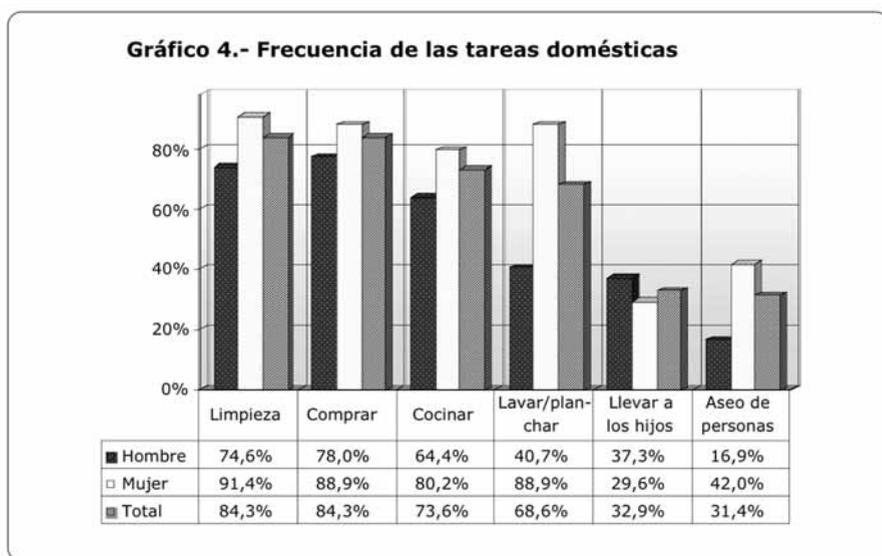
Un 5% de total de trabajadores, han tenido que **cambiar de trabajo** por compatibilizar la vida laboral con el cuidado del familiar dependiente, siendo este porcentaje del 6,2% en el caso de las trabajadoras y el 3,4% en los trabajadores, si bien las diferencias no son significativas ($p > 0,05$). Más patentes son las diferencias en torno a la **reducción de la jornada laboral** por este motivo: ha sido solicitada por el **12,3% de las trabajadoras**, frente al 1,7% de los hombres, siendo muy significativa la diferencia ($p < 0,02$). No hay diferencias según el puesto de trabajo.

No sólo el trabajo actual se ve influenciado, también se valora el efecto sobre otras ofertas de trabajo, de manera que el 17,3% de las mujeres manifiestan haber **perdido alguna oportunidad de trabajo**, al tiempo que lo refiere el 10,2% de los hombres.

En ambos casos se ha producido la **renuncia a un ascenso** en su actividad laboral, discretamente mayor en el colectivo femenino (8,6% frente al 6,8% de varones), así como al tener que **asumir mayores responsabilidades**, si bien en este último caso, la frecuencia es levemente superior en el colectivo masculino (10,2% frente al 8,6% de las trabajadoras).

El 92,1% de los trabajadores manifiesta **colaborar en las tareas domésticas del hogar**. Las diferencias no son significativas en función del sexo (88,1% en los varones y 95,1% en las mujeres) ni por puesto (90,2% para el puesto de conserje y 93,3% para el de camarero).

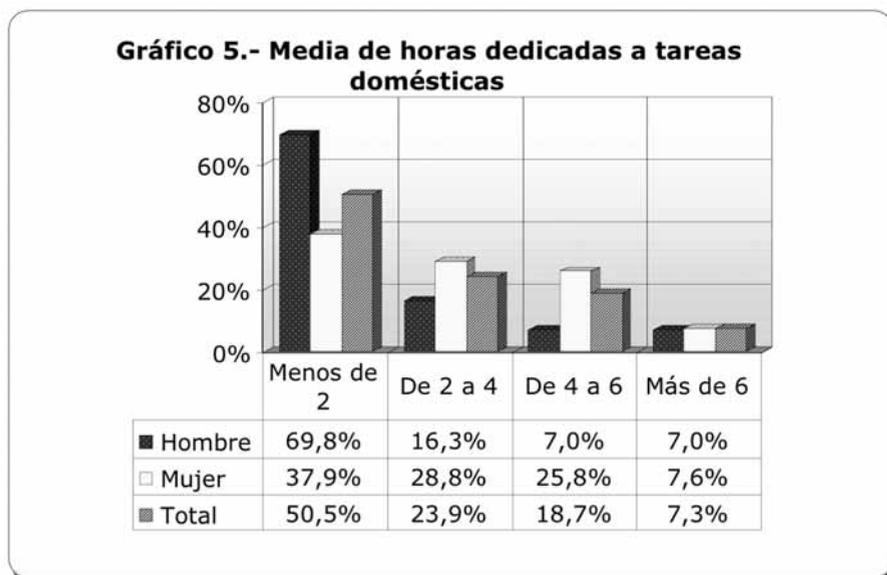
Sin embargo, si analizamos el tipo de tarea, sí que encontramos algunas diferencias significativas, tal como puede verse en el gráfico siguiente:



Las tareas del hogar se reparten en la pareja, pero con un claro predominio de las mujeres en todas las actividades, excepto en una: son los hombres los que llevan a los hijos a los centros educativos. **Las actividades de lavado y planchado de la ropa, cocinar, hacer la compra, así como el cuidado de los familiares dependientes, para el caso de su existencia, son tareas mayoritariamente llevadas a cabo por las mujeres.** Precisamente son esas tareas, las que asocian mayores riesgos a posturas mantenidas, manipulación de cargas y la realización de movimientos repetidos en miembros superiores.

La media de **horas al día dedicadas a las tareas del hogar** para el

conjunto de la muestra se situó en 3,13 horas. Las trabajadoras dedican, en general, más tiempo a las actividades domésticas, 3,6 horas de media al día, mientras que los trabajadores le dedican una media de 2,4 horas. De hecho, el 62,1% de las trabajadoras realizan más de 2 horas de labores en el hogar, frente al 30,2% de los trabajadores, siendo las diferencias muy significativas ($p < 0,01$).



Por puestos de trabajo, también encontramos diferencias significativas. El 50,7% de los trabajadores del puesto de camarero/a dedican una media de horas a las tareas del hogar superior a las 2 horas, mientras que para el puesto de recepcionista, este porcentaje es del 29,7% ($p < 0,02$).

Respecto al **nivel de estudios**, cabe destacar la existencia de porcentajes similares en ambos sexos respecto a los estudios universitarios, así como la presencia de un **19,8% de trabajadoras** que refieren no poseer estudios, mientras que todos los trabajadores poseen algún tipo de estudio. En este sentido, no encontramos diferencias significativas en función de la maternidad, del cuidado o no de familiares dependientes.

Por otra parte, la Formación profesional es más frecuente en los trabajadores (25,4%) que en las trabajadoras (13,6%) del sector.

Tabla 1.- Nivel de estudios según sexo de los trabajadores			
Nivel de estudios	Hombres	Mujeres	Total
Sin estudios	0,0%	19,8%	11,4%
Educación primaria	25,4%	25,9%	25,7%
Educación secundaria	6,8%	4,9%	5,7%
Bachiller	20,3%	14,8%	17,1%
FP	25,4%	13,6%	18,6%
Formación Universitaria	22,0%	21,0%	21,4%

($p < 0,01$)

Estudia **idiomas** actualmente un 20,0% de los trabajadores, sin diferencias porcentuales significativas según la distribución por sexo. Sí que hay más varones que han realizado algún curso de formación extralaboral, el 45,8%, frente al 32,1% de las mujeres.

La falta de tiempo es el principal motivo por el que no se desarrollan cursos formativos complementarios, y que reflejan 2 de cada 3 encuestados.

4.4.3.1.2.- Características sociolaborales.

La población de estudio corresponde a los trabajadores pertenecientes al sector **de la hostelería** que da empleo en torno a 1.356.000 trabajadores, un 7% de la población ocupada a nivel nacional. El 77.8% se concentra en las actividades de restauración y el resto en hoteles y otros alojamientos. La hostelería constituye una de las vertientes más activas en la generación de empleo.

Tabla 2.- Indicadores de actividad turística año 2005	
Número de locales	320.398
Personal ocupado	1.356.530
Volumen de negocio (miles de €)	70.187.574
Sueldos y salarios (miles de €)	12.965.223

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de Servicios 2005.

Según el estudio realizado por el Instituto de Estudios Turísticos a nivel nacional, los trabajadores autónomos suponían, en el año 2006, un 24,5% del sector. Éstos se concentran fundamentalmente en la restauración, el 94,3%.

El sector presenta una alta tasa de temporalidad, 44% de los asalariados, con diferencias por género y edad. La tasa de temporalidad en las mujeres se sitúa 10 puntos por encima que la de los hombres (48,4% para las mujeres y 38% para los hombres). En el grupo de edad 16-29 años la tasa de temporalidad en el conjunto del sector turístico se situó en 57,8%

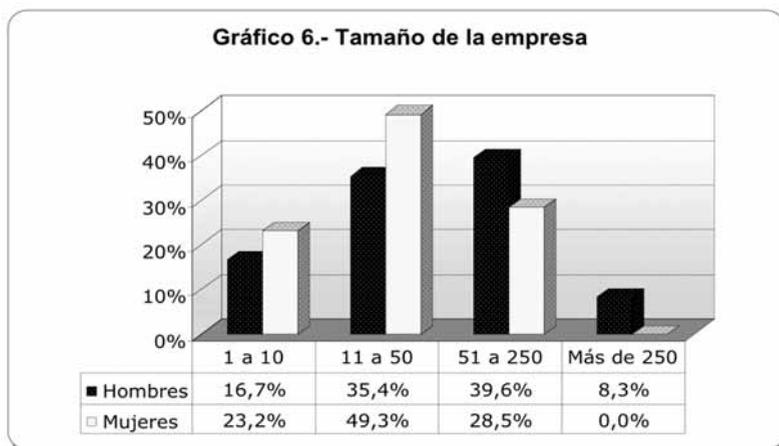
Predominan las pequeñas empresas. Más del 80% de las empresas del sector tienen menos de 5 trabajadores. En el subsector de hoteles solo el 12% de las empresas tienen más de 20 trabajadores, porcentaje que se reduce al 1,4% en restauración, tal como vemos en la tabla siguiente:

Tabla 3.- Nº de empresas según nivel de ocupación					
	Menos de 2	De 2 a 4	De 5 a 19	De 20 a 99	Mas de 99
Hoteles y establecimientos hoteleros	7465 (35,55%)	6293 (29,97%)	4699 (22,38%)	2101 (10,00%)	443 (2,06%)
Restauración	102389 (38,84%)	115750 (43,91%)	41679 (15,81%)	3533 (1,34%)	275 (0,10%)
Total sector	109854 (38,60%)	122043 (42,88%)	46378 (16,29%)	5634 (1,98%)	708 (0,25%)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de Servicios 2006.

Según los datos de nuestro estudio, el tamaño medio de empresa es de 64,8 trabajadores con un rango comprendido entre 3 y 600, superior que en el conjunto del sector.

El Convenio Colectivo del Sector de Hostelería agrupa los puestos de trabajo en seis áreas funcionales, si bien, para alcanzar los objetivos del presente proyecto de investigación, la población analizada correspondería únicamente con los puestos de recepcionista y el puesto de camarero.



Del total de la muestra, el **36,4% son recepcionistas** y el **63,6% camareros**. Excluimos por tanto del presente estudio, al personal administrativo, de dirección, comercial, de mantenimiento, de cocinas y de limpieza y al personal multipuesto.

La **antigüedad media** en los puestos de trabajo analizados en el sector de la hostelería es de **13,9 años** (rango 0,25 a 41 años y desviación típica $\pm 10,05$ años). En la tabla siguiente, vemos la distribución por años de antigüedad, destacando que un 52% tienen una antigüedad superior a los 10 años.

Tabla 4.- Distribución de la muestra por grupos de años de antigüedad, puesto y sexo

Grupo antigüedad	Recepción		Camarero/a		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
De 1 a 5 años	12,9%	45,0%	10,7%	21,3%	20,7%
De 6 a 10	16,1%	30,0%	17,9%	36,1%	27,1%
De 11 a 15	19,4%	5,0%	7,1%	19,7%	15,0%
De 16 a 20	16,1%	15,0%	32,1%	4,9%	14,3%
Mas de 20	35,5%	5,0%	32,1%	18,0%	22,9%

El 54,8%, indican que han promocionado de puesto o de categoría profesional a lo largo de su actividad dentro del sector. Sin embargo, **la promoción se muestra con mayor frecuencia en los varones** (68,4% respecto al 44,9% de mujeres), siendo la diferencia muy significativa ($p < 0,01$).

El 85% tienen una jornada a tiempo completo (> 35 horas semanales) y un 15%, a tiempo parcial. Nuevamente se aprecian diferencias al analizar por sexos el tipo de contrato. En los trabajadores, el 3,4% señalan la **jornada a tiempo parcial**, mientras que en el caso de las mujeres, se indica un 23,5% ($p < 0,01$). Dicho factor, está relacionado estadísticamente con el número de hijos y con el cuidado de familiares dependientes. En Europa, el trabajo a tiempo parcial es una de las principales estrategias utilizadas por las mujeres para compaginar la vida laboral y la familiar.

Respecto al tipo de contrato, entre los trabajadores por cuenta ajena, el **68,6% tiene contrato indefinido**, el 13,6% fijo discontinuo y un 17,9% eventual. La temporalidad afecta más a la mujer, ya que dispone de trabajo fijo el 61,7%, mientras que en los varones este porcentaje alcanza el 78,0%, si bien la diferencia no es significativa ($p > 0,05$).

La Flexibilidad horaria se mantiene por igual en ambos sexos, coincidiendo el hecho de disponer de horario flexible en el 50% de ambos casos.

La distribución de los **turnos** es bastante parecida en trabajadores y trabajadoras, si bien las mujeres tienen mayor tendencia al trabajo de mañanas, mientras los hombres prefieren más el turno de mañana/tarde. El resto de turnos se mantiene con pocas diferencias.

Tabla 5.- Distribución de la muestra según turnos de trabajo	
Turnos	Total
Mañanas fijas	15,7%
Tardes fijas	7,9%
Noches fijas	4,3%
Partida M/T	18,6%
Rodado M/T	29,3%
Rodado M/T/N	24,3%

Un 81% **trabaja en festivos y fines de semana**, prácticamente no hay distinción de género en este apartado.

Las mujeres realizan **horas extra** sin compensación económica con más frecuencia, sobre todo en el puesto de trabajo de camarero (60,8%). Los hombres sí que suelen recibir una remuneración de este trabajo extra con mayor frecuencia (46,4%), lo que puede traducirse como un ejemplo claro de inequidad de género. Las diferencias encontradas, son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Horas extra	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si, con compensación económica	16,1%	5,0%	46,4%	27,9%
Si, sin compensación económica	25,8%	35,0%	28,6%	60,8%
No	58,1%	60,0%	25,0%	11,5%

El tiempo de desplazamiento al trabajo supone entre 15 minutos y una hora para la mayoría de trabajadores de ambos sexos, si bien un 16% de las trabajadoras emplean más de una hora.

	Hombre	Mujer	Total
Menos 15 minutos	18,6%	19,8%	19,3%
De 15 a 30 minutos	45,8%	32,1%	37,9%
De 31 a 60 minutos	33,9%	32,1%	32,9%
Mas de 60 minutos	1,7%	16,0%	10,0%

Finalmente señalar, que un 4,3% de los trabajadores, tienen pluriempleo, nuevamente con mayor frecuencia en los varones (6,8%) que en las mujeres (2,5%).

Estos parámetros deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar la valoración que hacen los propios trabajadores acerca del **nivel de conciliación** de la actividad laboral con la vida familiar.

Un 50,8% de los trabajadores manifiestan una buena conciliación laboral

y familiar, mientras que para las mujeres, este porcentaje baja hasta el 39,5%. Así mismo, el 11,9% de los varones manifiestan una conciliación mala alcanzando al 29,6% en el caso de las trabajadoras.

Los resultados, por puesto de trabajo, reflejan una **peor conciliación** con carácter general en el caso de las trabajadoras, y es especialmente remarcable en el caso de las camareras: **una de cada tres camareras afirma que tiene una mala conciliación del horario laboral con la vida familiar.**

Tabla 8.- Distribución de la muestra según conciliación de la vida laboral y familiar y por sexos				
Conciliación	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Buena	38,7%	25,0%	64,3%	44,3%
Regular	54,8%	60,0%	17,9%	21,3%
Mala	6,5%	15,0%	17,9%	34,4%

($p < 0,04$)

4.4.3.2.- Análisis de las condiciones de trabajo desde la dimensión del riesgo laboral.

Los riesgos detectados en los puestos de trabajo de recepción y camarero coinciden en su mayor parte, si bien difieren en la intensidad de los mismos.

- Manipulación manual de cargas
- Riesgo postural
- Riesgos por repetición de movimientos
- Riesgos psicosociales

Los tres primeros se estudian mediante un análisis de tipo ergonómico, que contempla el tipo de tareas a desarrollar, la distribución de las partes corporales implicadas en la ejecución del trabajo, el tipo de herramientas

empleadas, las características de su manipulación, etc... El riesgo psicosocial se evalúa por diferentes métodos, principalmente mediante la evaluación a través de encuestas específicas validadas, y de entrevistas en profundidad o grupos de discusión.

4.4.3.2.1.- Riesgos ergonómicos.

Como resultado de la exposición reiterada a los riesgos de tipo ergonómico, se pueden desarrollar lesiones de tipo músculo-esquelético, bien en forma de accidentes, bien como molestias de carácter progresivo o crónico, que pueden afectar a varias de las estructuras que componen el sistema músculo-esquelético: músculos, tendones, ligamentos, huesos, articulaciones, discos intervertebrales de la columna así como a otros elementos, principalmente los nervios que discurren entre ellos. La evolución posterior se va a traducir en un empeoramiento progresivo si no se mejoran las condiciones de trabajo. En la Tabla 9 se pueden ver las estructuras que componen el sistema músculo-esquelético y sus principales lesiones asociadas.

Tabla 9. Lesiones del sistema músculoesquelético según la estructura afectada.		
Estructura	Síntoma o lesión	Ejemplos de progresión
Músculos y tendones	Contractura muscular	Dolor ocasional al realizar determinado movimiento
	Inflamación y dolor tendinoso (tendinitis)	
	Rotura muscular o tendinosa	Dolor continuo (crónico)
Ligamentos y vainas	Inflamación y dolor Bursitis.	Disminución de la movilidad. Posteriormente, aparece una incapacidad para efectuar determinados movimientos
	Rotura ligamentosa	
Huesos y articulaciones	Inflamación y dolor (artritis)	Disminución de la movilidad. Posteriormente, aparece una incapacidad para efectuar determinados movimientos
	Esguinces y luxaciones articulares	
	Fracturas óseas	
Discos intervertebrales	Protusión discal	Cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia crónicas
	Hernia discal	
Nervios	Inflamación (neuritis)	Sensación de hormigueo y pérdida de la sensibilidad
	Compresión o estiramiento nerviosos	Túnel carpiano, Ciática

Las **principales localizaciones** de estas lesiones se encuentran en la **espalda** (principalmente zona lumbar, llamadas lumbalgias, en ocasiones asociadas a dolor ciático por compresión del nervio ciático), en el **cuello** (cervicalgias) y en los **miembros superiores**, en forma de tendinitis o bursitis (en hombros, codos, muñecas,...). Con una frecuencia algo menor siguen las lesiones de los **miembros inferiores** (en cadera, rodillas, tobillos,...).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los diferentes factores analizados.

4.4.3.2.2.- Manipulación manual de cargas

Tal y como establece el protocolo de vigilancia de la salud específico de Manipulación manual de cargas del Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante MSC), se define la misma como cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores (como puede ser el levantamiento, el empuje la colocación, la tracción o el desplazamiento), cuyas características o condiciones ergonómicas inadecuadas pueden entrañar riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Un 61,4% del total de trabajadores estudiados manipulan cargas superiores a 3 Kgrs en el trabajo. La distribución de las frecuencias va a depender fundamentalmente del puesto de trabajo y el tipo de tarea. En el caso del puesto de camarero, tanto hombres como mujeres realizan tareas relacionadas con el traslado y manipulación de cargas, relacionadas principalmente con los productos de alimentación y posterior retirada y limpieza del servicio. Para el puesto de recepción, se distingue una clara separación entre sexos, ya que la mitad de los hombres refieren realizar actividades de manipulación de peso, como el traslado de equipajes, mientras que solo el 10,0% de las trabajadoras afirma desarrollar este tipo de tareas.

Tabla 10.- Distribución de la muestra según manipulación manual de cargas, por puestos de trabajo y por sexos				
Manipulación manual de cargas	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si	51,6%	10,0%	78,6%	75,4%
No	48,4%	90,0%	21,4%	24,6%

($p < 0,01$)

Respecto al tiempo de trabajo en el cual se desarrolla esta manipulación (porcentaje sobre el total de la jornada), también se encuentran diferencias entre los puestos de trabajo, así como entre ambos sexos.

En el puesto de **recepción, todas las trabajadoras** refieren manipulación durante **menos de la cuarta parte de la jornada** laboral, mientras que un **25,1% de los trabajadores** afirma realizar tareas relacionadas con el manejo de peso **durante más de la mitad de la jornada** laboral.

En el puesto de camarero, se observa el fenómeno contrario. El **18,2%** de **los camareros** desarrollan tareas de manipulación durante más de la mitad de la jornada laboral, mientras que en el caso de **las camareras**, el porcentaje asciende al **41,3%**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

4.4.3.2.3.- Posturas forzadas

El protocolo de vigilancia de la salud específico de Posturas forzadas del MSC, define a las mismas como aquellas posiciones de trabajo que implican que una o varias regiones anatómicas (articulaciones o partes corporales) dejen de estar en una posición natural de confort para pasar a una posición forzada o inadecuada. Esto se traduce en una sobrecarga de los elementos que sustentan las posiciones corporales (ligamentos, tendones, músculos y huesos) y por tanto, en la consecuente producción de lesiones por sobrecarga.

Se pueden englobar como posturas forzadas aquellas posiciones que:

- obligan a mantener fija o restringida una parte del cuerpo,
- aquellas que sobrecargan músculos y tendones,
- aquellas que cargan las articulaciones de una manera asimétrica, y
- las que producen carga estática en la musculatura.

Como ejemplos se encuentra el permanecer de pie o sentado durante largos periodos o bien toda la jornada laboral, el traslado de peso sobre la bandeja con un solo brazo (asocia manipulación manual de cargas), la flexión del tronco para alcanzar objetos alejados,...

El **75,7%** del total de trabajadores refieren **adoptar posturas forzadas** durante su actividad laboral, en este caso, los porcentajes se mantienen similares tanto entre los puestos de trabajo como entre ambos sexos.

Se ha analizado también el porcentaje de la jornada laboral durante el cual se adoptan posiciones incómodas o forzadas, y se ha visto que aparecen diferencias, entre puestos de trabajo y sexo, que se muestran a continuación:

Tabla 11.- Porcentaje de jornada laboral con desarrollo de posturas forzadas, por puestos de trabajo y por sexos				
Porcentaje de jornada con posturas forzadas	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Menos del 50% de la jornada	20,0%	33,3%	77,3%	45,4%
Más del 50% de la jornada	80,0%	66,7%	22,7%	54,6%

Las camareras adoptan posturas forzadas durante un mayor intervalo de tiempo de trabajo que los camareros. De igual modo ocurre con los recepcionistas, si bien las diferencias respecto a las trabajadoras son menos acusadas.

El **Tipo de postura más frecuente** va a definir el tipo de trastorno músculoesquelético asociado a la misma. Los resultados de nuestro estudio, se han comparado con los datos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VI ENCT en adelante), como vemos en la tabla siguiente.

Para el puesto de recepción, la actividad predominante se realiza en bipedestación (postura de pie), bien estática bien con deambulación. Se muestra una ligera discrepancia en los porcentajes respecto a la VI ENCT en caso de las mujeres receptionistas, que señalan una mayor frecuencia de actividad en sedestación (sentada). Camareros y camareras adoptan una postura de bipedestación con deambulación frecuente, similar entre ambos sexos y con la media de la VI ENCT.

Tabla 12.- Comparación en el tipo de postura más frecuente por sexo y por la media de la ocupación en la VI ENCT.			
Recepción	Hombre	Mujer	Media VI ENCT
De pie sin andar	48,4%	45,0%	31,3%
De pie andando frecuentemente	22,6%	15,0%	45,5%
Sentado	29,0%	40,0%	22,9%
Camarero/a	Hombre	Mujer	Media VI ENCT
De pie sin andar	14,3%	23,0%	19,6%
De pie andando frecuentemente	85,7%	73,8%	71,8%
Sentado	0,0%	3,3%	3,6%

4.4.3.2.4.- Riesgos psicosociales.

Los **factores psicosociales** son un grupo numeroso y heterogéneo de aspectos que comprenden diversas condiciones del medio físico, de la organización y de los sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en el seno de la empresa, de los destinatarios del servicio y de otros mediadores con mayor o menor implicación en la actividad laboral.

Estos factores se pueden dividir en dos grandes grupos que interactúan entre sí:

- Por una parte, el contenido del trabajo, el entorno en el que se desarrolla y las condiciones de organización laboral (turnicidad, descansos, estructura jerárquica, nivel de carga mental, demanda emocional de los clientes, etc.)
- Por otra parte, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y experiencias, y su situación personal y social fuera del trabajo.

La **exposición a estas interacciones puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo**. Puede aparecer estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño (fundamentalmente insomnio), y otras alteraciones psicológicas.

El **estrés**, tanto si es de origen laboral como extralaboral, puede derivar en repercusiones a nivel orgánico. Hay evidencias científicas que relacionan los factores psicosociales y los trastornos de origen cardiovascular (aumento de la tensión arterial). También hay estudios que señalan indicios o evidencias de alteraciones del sistema músculo-esquelético (contracturas musculares y dolor de espalda), alteraciones digestivas (gastritis y úlcera gástrica), y problemas alérgicos y del sistema inmunitario, que debilitan los mecanismos de defensa frente a las infecciones y predisponen a la aparición de otras enfermedades.

La respuesta de cada persona a los riesgos psicosociales va a variar en función de sus características individuales, familiares y sociales, lo que puede implicar un factor de confusión añadido al estudiar el impacto sobre la salud del ambiente laboral, de forma independiente del ambiente personal.

Los trabajadores de la hostelería tienen un importante componente psicosocial añadido debido al trato diario y continuado con personas ajenas



a la empresa, los clientes. Esto supone un mayor riesgo de aparición de situaciones de estrés psicosocial, surgido de los eventuales conflictos que rodean a las relaciones humanas. Para los trabajadores de la muestra, los eventos de tipo psicosocial más relevantes son clasificados como violencia psicológica, en el que coinciden ambos sexos y ambos puestos de trabajo. Las situaciones tensas, en las que las emociones afloran y se establece un clima de fuerte impacto psicológico son, sin embargo, poco frecuentes, ya que son relatadas por el 14% de los trabajadores. En el caso de los trabajadores varones de recepción, se añade un componente de amenazas de violencia en un 3,2%.

Un fenómeno de aparición exclusivamente en la mujer, según los datos de nuestro estudio, es la **discriminación sexual**, que afecta al 10% de las recepcionistas y al 3,3% de las camareras.

En último lugar, se puede señalar la presencia de acoso sexual en el 3,2% de los recepcionistas varones, porcentaje similar al descrito por las camareras.

Tabla 13.- Distribución de los Riesgos psicosociales por puesto de trabajo y sexo				
	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Amenaza de violencia	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Violencia física	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Violencia psicológica	12,9%	15,0%	14,3%	14,8%
Acoso sexual	3,2%	0,0%	0,0%	3,3%
Discriminación sexual	0,0%	10,0%	0,0%	3,3%

4.4.3.3.- Cuestionario de salud percibida. El estado de salud de los trabajadores: Conocer para prevenir.

Para el análisis del impacto que sobre la salud puede tener el trabajo en

el sector de la hostelería, desde una perspectiva de género, se ha diseñado un **cuestionario específico** para los puestos de recepcionista y camarero, de tal forma que se recojan datos de exposición, condiciones de trabajo y de la salud de los trabajadores. Se ha estructurado con el objetivo de comparar las poblaciones según puesto de trabajo y sexo, a fin de detectar posibles factores que puedan verse relacionados.

La encuesta se divide en los siguientes *5 bloques estructurados*:

- 1.- ***Datos sobre descripción del sector de actividad. Datos sociolaborales.*** Características del puesto de trabajo y de las condiciones de trabajo. Se incluyen datos sobre tipo de empresa, antigüedad en el sector y en el puesto de trabajo, tipo de contrato, tipo de turno, condiciones de trabajo y satisfacción laboral. Se incluyen determinadas cuestiones sobre la vida extralaboral, como la existencia de familiares dependientes, o tipo de tareas del hogar, para detectar fenómenos de doble jornada o inequidades de género.
- 2.- ***Datos sobre exposición a riesgos laborales.*** Riesgo ergonómico, riesgo físico, riesgos psicosociales.
- 3.- ***Datos sociodemográficos.*** Edad, sexo, nacionalidad, estudios, etc.
- 4.- ***Datos sobre indicadores de salud poblacionales.*** Relacionados con los hábitos y estilos de vida. Peso, talla, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, práctica de ejercicio físico, salud general percibida y salud comparada, salud física, psíquica y social percibida, trastornos del sueño, antecedentes patológicos diversos, incapacidad temporal.

5.- Datos sobre indicadores de salud, con potencial relación con las condiciones de trabajo. Antecedentes de diferentes patologías, estudio de las lesiones músculoesqueléticas, datos sobre asistencia sanitaria y exploraciones realizadas, consumo de medicamentos, reconocimientos médicos laborales, enfermedades relacionadas con el trabajo.

Para el diseño del cuestionario, se ha tenido en cuenta la información procedente de la bibliografía, y de los indicadores de las principales encuestas de salud descritas (VI ENCT, y ENS 2006). Para la evaluación de los trastornos músculo esqueléticos, se ha incorporado una adaptación del Cuestionario Nórdico Estandarizado, para salud percibida y calidad de vida, variables del cuestionario SF36, y para los riesgos psicosociales, se ha incluido el BSI (Brief Symptom Inventory).

4.4.3.3.1 Análisis estadístico.

Los datos de los principales indicadores de salud procedentes del cuestionario, una vez codificados y reagrupados, se han introducido en una base de datos para el tratamiento estadístico, lo que ha permitido el análisis descriptivo de las variables desde una perspectiva de género, así como la asociación entre ellas mediante un cross-tabs.

Se analizan la distribución de frecuencias absolutas y prevalencias en porcentajes y sus intervalos de confianza (IC al 95%) para las variables categóricas o independientes y para determinar la correlación entre variables se utiliza la prueba de χ^2 y el test exacto de Fisher según el tipo de tabla así como el cálculo de la odd ratio (OR) en su caso. Para las variables continuas, el análisis descriptivo se realizó mediante los valores medios \pm desviación típica y el rango. El análisis multivariante para estimar el riesgo relativo se efectuó aplicando técnica de regresión logística para

valorar factores de confusión. Se considera estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

El análisis estadístico ha sido realizado con el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS®) versión 14.0

4.4.3.3.2. Código ético

Durante todas las fases del presente estudio, hemos seguido las directrices y principios básicos emanados del Código Ético Internacional para los profesionales de la Salud Laboral de la *Internacional Comisión on Occupational Helath (I.C.O.H.)*.

Específicamente, este proyecto de investigación se ha desarrollado de acuerdo con los más rigurosos criterios profesionales y principios éticos de integridad, imparcialidad y protección de la confidencialidad, con el objetivo por un lado, de servir a la salud y el bienestar social de los trabajadores y las empresas del sector de la hostelería, -de forma individual y colectiva- y de otro, para contribuir a la difusión del conocimiento científico.

Por consiguiente, el diseño y desarrollo de esta investigación, se ha llevado a cabo sobre una sólida base científica y con plena independencia profesional, siguiendo los principios éticos de la investigación en general y de la investigación en salud laboral en particular.

4.4.3.4.- Resultados de los principales indicadores de salud

El presente estudio ofrece una amplia variedad de aspectos que reflejan la situación de las condiciones de trabajo y su relación con la salud en el sector de la hostelería- morbilidad causada por diferentes enfermedades, incapacidad y salud percibida, salud laboral y hábitos y estilos de vida relacionados con la salud-, e incorpora diversos indicadores específicos por problemas de

salud desde un enfoque tridimensional, que incluya los aspectos relacionadas con el género, los factores biológicos y los riesgos laborales.

Los datos se han comparado igualmente, con indicadores similares de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006 y de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y con otros estudios sectoriales realizados hasta la fecha.

En este sentido, definimos un *Indicador*, como aquel dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones...) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar.

El objetivo de los indicadores que aquí se muestran es presentar a la sociedad la información que se considera de más relevancia para el seguimiento y análisis de las condiciones del trabajo, en este caso, en el sector de la hostelería.

El análisis de la evolución de estos indicadores y las tendencias a corto y medio plazo podría permitir detectar nuevos riesgos o riesgos emergentes, evaluar los resultados obtenidos por las políticas de actuación y obtener conclusiones que sirvan para orientar la adopción de medidas y políticas adecuadas desde un enfoque de género, tendentes a mejorar las condiciones de trabajo y de seguridad y salud de la población trabajadora.

A continuación, pasamos a describir los principales resultados de nuestro estudio.

4.4.3.4.1.- Indicadores de Salud Poblacionales

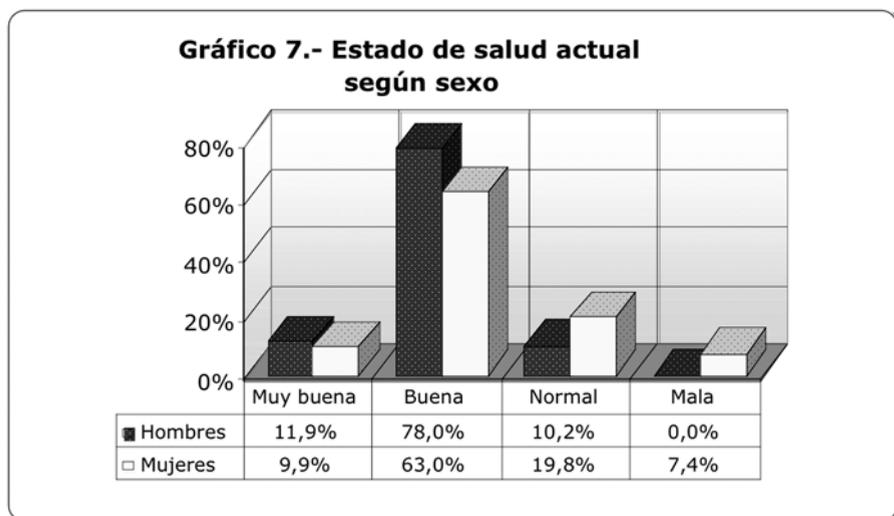
Entre los indicadores de salud generales o poblacionales, incluimos el estudio de los hábitos, estilos de vida y conductas relacionadas con la salud.

4.4.3.4.2.- Estado de salud percibido

La autopercepción de la salud, es distinta según sexo. Las mujeres, en general, se autodeclaran con peor salud que los hombres.

Como indicador del estado de salud percibida entre los trabajadores de la hostelería, hemos utilizado la pregunta sobre la valoración general de salud del cuestionario SF36, y la mayoría de los trabajadores perciben su estado actual de salud como bueno o muy bueno.

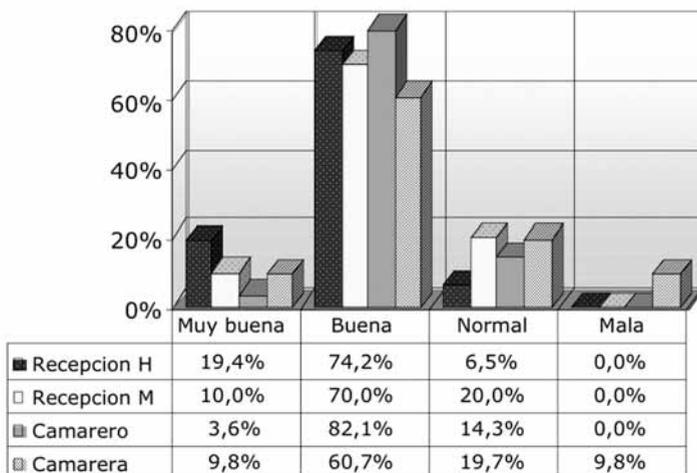
Al comprobar si existen diferencias entre sexos, se percibe que hay una sensación general discretamente más favorable en la apreciación de la salud por parte de los varones, ya que ninguno ha señalado la opción de "mala salud", y sólo el 10,2% la refiere como normal. Sin embargo, en el colectivo femenino, un 7,4% ha señalado que su salud es mala, y un 19,8% la ha calificado como normal, con diferencias significativas respecto a los varones ($p < 0,05$).



En líneas generales, **las mujeres tienen una percepción ligeramente menos positiva que los hombres**, al respecto de su salud, en especial

si desempeñan el puesto de camarera, donde se encuentran el grupo de trabajadoras que califican su salud como mala.

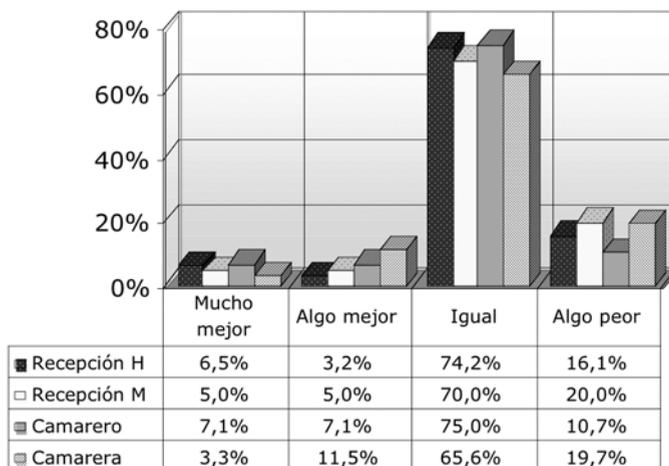
Gráfico 8.- Estado de salud actual según puesto y sexo



La información que aporta este indicador se completa con la percepción de la salud actual, comparándola con la de hace un año. Los resultados indican que, si bien ambos colectivos muestran porcentajes parecidos, el 20,0% de las trabajadoras de recepción y el 19,7% de las camareras que indican un cierto empeoramiento de su salud, respecto al porcentaje señalado por los trabajadores masculinos (16,1% y 10,0% respectivamente).

Otro indicador sobre salud percibida, es la anamnesis sobre la presencia de **antecedentes patológicos**. El 77,9% de los trabajadores refieren algún antecedente patológico de interés. Si analizamos el porcentaje según el sexo, encontramos diferencias muy significativas ($p < 0,04$). Así, el 86,4% de los varones refieren antecedentes patológicos, mientras que este porcentaje en las mujeres alcanza al 71,6%. Esta diferencia, puede explicarse por una menor preocupación por la salud propia por parte de las mujeres, o que determinadas patologías, puedan considerarse como una situación "normal".

Gráfico 9.-Estado de salud comparada según puesto y sexo



En la tabla siguiente, podemos analizar las prevalencias, según el tipo de enfermedad referida y su distribución en función del puesto de trabajo y el sexo.

Tabla 14.- Antecedentes patológicos por puesto de trabajo y sexo

	Recepción		Camarero/a	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Dolor de espalda	58,1%	70,0%	57,1%	31,1%
Cefalea	29,0%	60,0%	28,6%	26,2%
Tr. Circulatorios	19,4%	40,0%	21,4%	23,0%
Alergias	16,1%	20,0%	28,6%	18,0%
Colesterol	19,4%	0,0%	28,6%	9,8%
Tr. Psicológicos	6,5%	30,0%	17,9%	9,8%
Hipertensión arterial	25,8%	5,0%	10,7%	8,2%
Tr. reumaticos	6,5%	10,0%	25,0%	6,6%
Tr. Respiratorios	6,5%	5,0%	21,4%	4,9%
Tr. digestivos	12,9%	5,0%	21,4%	4,9%
Diabetes	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
Osteoporosis	0,0%	0,0%	3,6%	3,3%
Tr. cardiacos	6,5%	0,0%	0,0%	1,6%
Fibromialgia	0,0%	0,0%	3,6%	1,6%

Las diferencias más destacadas son:

- El dolor de espalda como antecedente, es referido por el 57,6% de los trabajadores y el 40,7% de las trabajadoras, sien la diferencia significativa ($p < 0,05$)
- Por puesto de trabajo, encontramos una elevada prevalencia en todos los colectivos, pero más frecuentemente en mujeres recepcionistas, y en camareros varones. ($p < 0,01$)
- Los problemas circulatorios, la cefalea, y los trastornos psicológicos son más frecuentes en mujeres recepcionistas.
- El colesterol y la hipertensión arterial aparecen más elevados en los hombres, independientemente del puesto de trabajo.
- Problemas digestivos y respiratorios aparecen con más frecuencia en camareros varones.

4.4.3.4.3.- Consumo de medicamentos

El estudio del consumo de medicamentos, también es un indicador indirecto sobre el estado de salud de la población.

En nuestro estudio, un **55,0%** de los trabajadores indican que consumen medicamentos de forma habitual. Este porcentaje es mayor en las camareras (70,0%) que en los camareros (41,9%). En líneas generales, se confirma la mayor parte de los antecedentes expuestos, al mostrarse un incremento del tratamiento indicado para cada patología.

En la tabla siguiente, vemos el porcentaje para cada grupo farmacológico, destacando los **analgésicos** como grupo farmacológico más consumido por todos los colectivos, excepto en trabajadores de recepción varones que son los que menos acuden a ellos (9,7%).

También es de señalar que las mujeres consumen de forma patente más **vitaminas y tranquilizantes**, mientras que los hombres toman más antidepresivos.

Tabla15 - Prevalencia de consumo habitual de medicamentos por grupos farmacológicos, según puesto de trabajo y sexo				
	<i>Recepción</i>		<i>Camarero/a</i>	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Analgésicos	9,7%	35,0%	25,0%	26,2%
Antiácidos	9,7%	5,0%	21,4%	3,3%
Antihistamínicos	6,5%	10,0%	10,7%	11,5%
Vitaminas	3,2%	25,0%	7,1%	14,8%
Tranquilizantes	3,2%	20,0%	7,1%	9,8%
Antidepresivos	3,1%	0,0%	3,6%	1,6%
Hipotensores	16,1%	0,0%	3,6%	3,3%
Hipolipemiantes	12,9%	0,0%	3,6%	4,9%

4.4.3.4.4.- Consumo de Tabaco

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte prevenible, y representa uno de los principales problemas de Salud Pública que afecta al conjunto de la sociedad.

Según los datos del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006, el porcentaje fumadores que consumen tabaco diariamente en España se sitúa en el 28,1%

En nuestro estudio, un **42,8% fuma habitualmente**, si bien la prevalencia es superior en las mujeres (46,9%) frente a los hombres (37,3%), pero no de forma significativa ($p > 0,05$).

La media de cigarrillos día entre los fumadores, es de 12 cigarrillos/día para las mujeres, y 17 cigarrillos/día para los hombres.

Vistos estos datos, la reducción del consumo de sustancias perjudiciales para la salud que producen dependencia como el tabaco, deben formar

parte de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo en el sector de la hostelería. Debe tenerse en cuenta los locales que permiten fumar en sus instalaciones, y el riesgo los trabajadores de convertirse en fumadores pasivos.

Las actuaciones específicas a desarrollar en los programas de promoción de la salud en el trabajo, pretenden alcanzar estos objetivos finales:

	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Ayuda al fumador para facilitar el abandono del hábito tabáquico</i>▪ <i>Proteger la salud de los no fumadores</i>▪ <i>Prevenir la incorporación de nuevos fumadores</i>▪ <i>Fomentar la norma social de no fumar</i>
---	---

4.4.3.4.5.- **Actividad física**

El ejercicio físico o actividad física en el tiempo libre o de ocio, está considerado como un hábito de vida saludable cuya inadecuación o defecto, está asociado a distintas patologías y deterioros de la calidad de vida de los individuos. Por ello, se establece la necesidad de desarrollar actuaciones para la prevención de la inactividad o sedentarismo.

En España un 47% de la población es sedentaria, porcentaje mayor que en la mayoría de los países de nuestro entorno.

En nuestro estudio, el porcentaje de trabajadores sedentarios (que no practican ejercicio físico en el tiempo de ocio o lo hacen muy esporádicamente) se situó en el 50,7%, encontrando diferencias según género, ya que un **59,3% de los hombres si practica ejercicio periódicamente, mientras que este porcentaje sólo alcanza al 41,9% de las mujeres, siendo**

las diferencias significativas ($p < 0,05$). Dicha diferencia, puede explicarse por una falta de tiempo, dada la mayor dedicación en el caso de las mujeres al cuidado de familiares dependientes y al tiempo dedicado a las tareas del hogar. El 62,7% de los trabajadores que ocupan el puesto de recepcionista, realizan ejercicio físico periódicamente, frente al 41,6% de los camareros, siendo la diferencia igualmente significativa $p < 0,01$.

4.4.3.4.6.- **Sobrepeso**

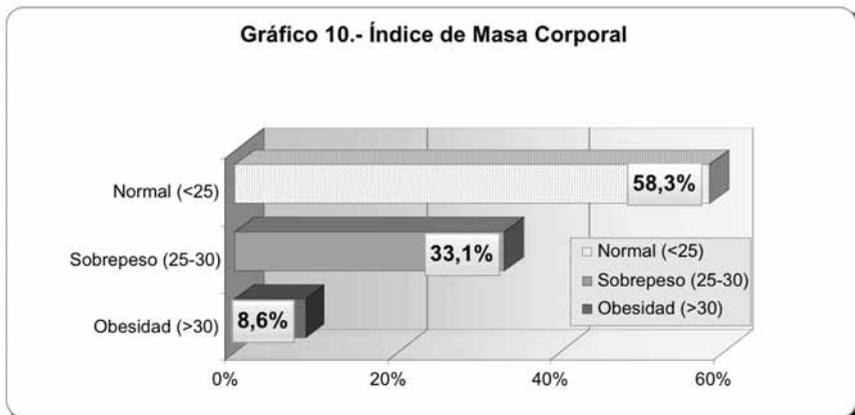
Las implicaciones del sobrepeso y la obesidad sobre el estado de salud de la población son de enorme importancia, dado que suponen factores de riesgo para una gran lista de enfermedades crónicas y degenerativas.

Para la valoración del estado nutricional y el diagnóstico de obesidad, hemos utilizado el Índice de Masa Corporal (En adelante, IMC), que es una medida antropométrica definida como la razón entre el peso medido en kilogramos y el cuadrado de la altura medida en metros. El sobrepeso es definido como IMC igual o mayor a 25 Kg./m².

IMC = peso / altura² (peso en kilogramos y altura en metros)

- Peso normal: IMC < 25
- Sobrepeso: IMC >25 y < 30 (Obesidad grado I)
- Obesidad: IMC >30 (Obesidad grado II)

En nuestro estudio, el IMC medio fue de 24,69, con un rango entre 18,37 y 38,40 (Desviación típica $\pm 3,62$). Como vemos en la gráfica siguiente, **un 58,3% tendría un peso normal** y el 8,6% obesidad.

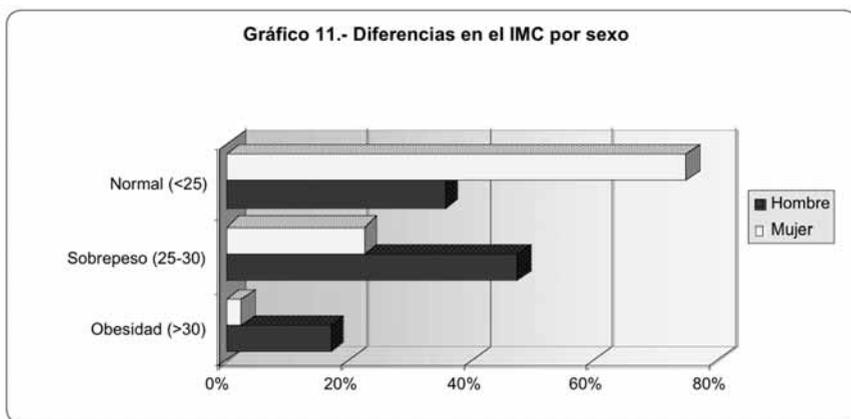


Al estudiar el IMC en función del sexo, aparecen diferencias importantes:

- El 35,6% de los varones tiene un IMC normal, mientras que en las mujeres, el porcentaje alcanza el 74,1%.
- La obesidad afecta al 16,9% de los hombres, mientras que sólo al 2,5% de las mujeres.

Según los datos de la ENS 2006, el 13,7% de los hombres son obesos y un 14,3% en el caso de las mujeres.

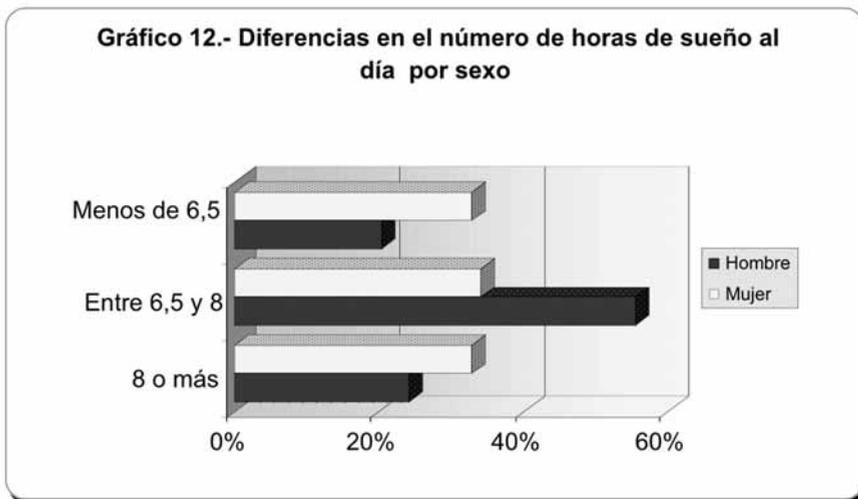
Esta diferencia en la prevalencia de mujeres con obesidad entre nuestro estudio y los datos de población general, pueden obedecer a un criterio estético o de "imagen" de acceso de las mujeres a estos puestos de trabajo con atención directa a clientes.



4.4.3.4.7.- Horas de sueño

El número de horas diarias de sueño es un indicador que valora, no sólo el descanso necesario para la recuperación física, sino también la existencia del tiempo disponible para ello. No hay un consenso sobre el número exacto de horas recomendadas de sueño al día, únicamente se señala que los adultos deben dormir entre 6 y 8 horas, siempre y cuando la calidad del sueño sea la correcta y se tengan en cuenta diferencias individuales (algunas personas pueden requerir más cantidad, mientras que otras tienen suficiente con menos horas).

En nuestra muestra, destaca que un 32,9% de las trabajadoras duermen menos de 6,5h al día, mientras que este porcentaje es del 20,3% en el caso de los trabajadores ($p < 0,05$).



4.4.3.5.- Indicadores de Salud potencialmente relacionados con el Trabajo.

4.4.3.5.1.- Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

El sector de la hostelería acumula más enfermedades profesionales

en las mujeres que en los hombres. Se ha comprobado la incidencia de las principales Enfermedades Profesionales notificadas en España, por sexo, dentro del sector de hostelería. En 2004, La relación mujer/hombre fue de 2,73, es decir, las mujeres han acumulado cerca de tres veces más enfermedades profesionales que los hombres.

Según los datos del MTAS correspondientes al periodo Enero-Noviembre de 2007, en el sector de la hostelería, se han declarado 593 enfermedades profesionales, de las que un 79,9% corresponden a mujeres y un 20,1% a hombres.

Los resultados muestran con claridad que las mujeres tienen mayor incidencia en las **enfermedades más prevalentes**, con tasas Mujer/Hombre que doblan las incidencias en los hombres. A continuación se indican las más características:

- Tenosinovitis de mano-muñeca: 2,67 veces.
- Epicondilitis 2,31 veces.
- Síndrome del túnel carpiano: 5,21 veces, siendo el segundo sector más frecuente en incidencia, después del sector de fabricación de material de transporte.
- Dermatitis: 2,58 veces, siendo junto a las actividades sanitarias y veterinarias, los únicos sectores donde es más frecuente en mujeres que en hombres.

En nuestro estudio, el 25,4% de los hombres ha sufrido una incapacidad temporal (por contingencia común o laboral), en los últimos 12 meses, mientras que en las mujeres, el porcentaje asciende al 32,9%, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$)

Al analizar la existencia de **accidentes de trabajo en los últimos 12 meses**, es referido por el 15,3% de los hombres, mientras que este

porcentaje es **más del doble en mujeres** (odd ratio 1,4; IC 1,1-1,8), con una incidencia del 34,6% ($p < 0,05$).

Con respecto a la declaración de **enfermedades profesionales** en los últimos 24 meses, responde afirmativamente el 3,4% de los varones y el 4,9% de las mujeres cifras muy superiores que las que reflejan las estadísticas oficiales.

Según la VI ENCT, en el sector de comercio y hostelería, el 19,5% de los trabajadores afirman que el trabajo supone un grado de afectación en la salud. También muestra los porcentajes según el sexo, según lo cual el 23,4% de los hombres y el 22,3% de las mujeres reflejan esta opinión. Se realizó la misma pregunta a los trabajadores de nuestra muestra, obteniendo como resultado una mayor frecuencia en las mujeres, aunque no de forma estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

	<i>Recepción</i>		<i>Camarero/a</i>		<i>Media</i>	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si	38,7%	45,0%	35,7%	49,2%	37,3%	48,1%
No	61,3%	55,0%	64,3%	50,8%	62,7%	51,9%

4.4.3.5.2- **Enfermedades Relacionadas con el Trabajo.**

Según los datos de la VI ENCT, un 34% de los trabajadores tuvieron que **consultar al médico en el último año por un problema, molestia o enfermedad que consideran que está derivada de su trabajo** mientras que entre los trabajadores de la hostelería de nuestro estudio, este porcentaje es significativamente mayor, ya que alcanzó al **53,6%** de los mismos. El porcentaje fue del 56,7% para las mujeres y el 49,1% para los hombres, aunque dicha diferencia no alcanza significación estadística ($p > 0,05$).

Como vemos en la tabla siguiente, el 26,4% de las causas de consulta al médico en el último año, son debidos a los trastornos músculo esqueléticos

(dolor de espalda, dolores musculares en miembros superiores e inferiores y dolores osteoarticulares).

Tabla 17.- Motivo de consulta al médico en el último año por grupos diagnósticos y según sexo.

Grupo diagnóstico	Hombres %	Mujeres %	Total %
Músculoesquelético	20,3%	30,9%	26,4%
Mental	5,1%	9,9%	7,9%
Neurológico	3,4%	3,7%	3,6%
Digestivo	5,1%	1,2%	2,9%
Circulatorio	1,7%	3,7%	2,9%
Respiratorio	3,4%	1,2%	2,1%
Otros	3,4%	0,0%	1,4%
Alergia	1,7%	0,0%	0,7%
Oftalmológico	1,7%	0,0%	0,7%

A continuación, vamos a seguir profundizando en el análisis de estas patologías.

4.4.3.5.3.- Los trastornos músculo-esqueléticos

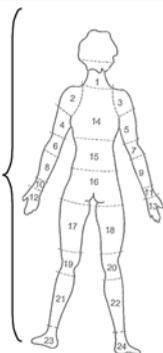
Las enfermedades osteomusculares, también denominadas lesiones músculo esqueléticas constituyen el grupo de patologías más frecuentes, tanto como causa de incapacidad temporal, como por motivo de asistencia sanitaria en el último año o como antecedente patológico en su caso, ya que 3 de cada 4 trabajadores del sector de la hostelería (70,0%), refieren haber padecido alguna sintomatología de este tipo a lo largo de su vida.

En la valoración del impacto sobre la salud de los factores ergonómicos, desde una visión tridimensional, que tenga en cuenta simultáneamente, los aspectos relacionados con el género, las condiciones de trabajo y las diferencias biológicas resulta fundamental. Por un lado, debido a los condicionantes biológicos del sexo, existen diferencias significativas respecto

a las características antropométricas entre hombre y mujeres, por lo que las diferencias en estatura de pie y la talla sentado, la longitud de los miembros superiores o inferiores, la anchura de los hombros, los rangos de movimientos de las distintas partes del cuerpo, los alcances, las medidas de las trayectorias, los ángulos articulares pueden suponer condiciones de riesgo ergonómico diferentes, y simultáneamente, hay que considerar posibles inequidades de género, que conllevan una sobreeposición a determinados riesgos como consecuencia de una “doble o triple jornada” y finalmente, los riesgos derivados de las propias condiciones de trabajo.

El diseño ergonómico en función de la necesidades funcionales de los usuarios (principio de adaptación del puesto de trabajo al trabajador que lo ocupa), se debe llevar acabo desde un punto de vista antropométrico, fisiológico y psicológico, de tal forma que garantice la comodidad, la seguridad, la eficiencia y la satisfacción tanto de los trabajadores como de las trabajadoras.

Para un análisis pormenorizado de los problemas músculo esqueléticos, hemos utilizado una adaptación del **Cuestionario Nórdico Estandarizado** y hemos distinguido los siguientes apartados:

<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor de espalda: Incluye dolor de columna vertebral de localización cervical, dorsal o lumbar.▪ Dolor en Miembros Superiores: Incluye dolor en hombros, codos, muñecas o dedos▪ Dolor en Miembros Inferiores: Incluye dolor en caderas, rodillas o tobillos.	
---	---

Hemos valorado la prevalencia de dolor en los últimos 12 meses según diferentes localizaciones anatómicas, la prevalencia de dolor en la última

semana, la relación del dolor con las condiciones de trabajo, y finalmente, si el dolor ha sido motivo de causar baja laboral.

4.4.3.5.3.1.- Dolor de espalda

Los problemas de espalda, y en particular el dolor lumbar y de cuello, representan un factor estresante para los trabajadores, y se ha visto relacionado con los siguientes factores de riesgo o condiciones de trabajo:

- La postura sedentaria o posturas mantenidas de pie y otras posturas desfavorecedoras durante la carga y descarga, limpieza etc.).
- La manipulación manual de cargas.
- La realización simultánea de frecuentes y numerosas tareas, realizadas en posturas corporales restringidas o bajo una elevada de presión de tiempo.

En la tabla siguiente podemos ver la prevalencia de dolor en función de género.

Tabla 18.- Análisis de la prevalencia de dolor de espalda en el último año, según localización anatómica y sexo				
LOCALIZACIÓN	Hombre	Mujer	Total	P
Dolor Cervical	47,5%	48,1%	47,9%	>0,05
Dolor Dorsal	35,6%	38,1%	37,1%	>0,05
Dolor Lumbar	49,2%	50,6%	50,0%	>0,05
Dolor de espalda	76,3%	64,2%	69,3%	>0,05

Al analizar los datos según localización anatómica del dolor, los porcentajes se mantienen parecidos en ambos sexos, pero en la localización conjunta, se observa una mayor frecuencia en los hombres.

Existen diferencias significativas en función del puesto de trabajo.

La prevalencia de dolor en el puesto de conserje/recepcionista

es del 86,3%, mientras que en el puesto de camarero, es del 59,6% ($p < 0,01$). En las recepcionistas, el dolor de espalda se centra principalmente en la zona lumbar, seguidamente de la cervical. En los recepcionistas varones, el dolor no tiene una localización predominante, como se ha dicho. En las camareras, debe remarcarse una mayor frecuencia de dolor dorsal respecto a los hombres del mismo puesto.

Cuando se pregunta sobre si este dolor se considera que está relacionado con los esfuerzos o posturas en el trabajo, tres de cada cuatro trabajadores afirman dicha relación, mientras que el resto indica que el origen del dolor obedece a otras causas no laborales. En general, en ambos sexos se mantiene dicha opinión con frecuencias muy parecidas, sólo las mujeres que trabajan como recepcionistas destacan, con mayor frecuencia, el origen laboral del dolor de origen cervical y lumbar.

Como hemos visto anteriormente, las lesiones músculo esqueléticas, constituyen la primera causa de incapacidad temporal entre los trabajadores del sector. La incapacidad temporal causada por patología de la espalda es señalada con más frecuencia por las mujeres (17,3%) que por los hombres (11,9%). Para el puesto de camarero, las mujeres señalan porcentajes de baja muy destacados: el origen cervical en el 13,1% frente al 3,6% de los hombres, y el origen dorsal en el 11%, cuando no hay varones que hayan reflejado baja por este motivo.

De estos datos puede desprenderse que:

- La frecuencia de dolor de espalda es discretamente mayor en los hombres, pero ocasiona más incapacidad temporal en las mujeres.
- La musculatura dorsal de la columna es una zona de especial sensibilidad en las camareras, por la mayor prevalencia de dolor dorsal y como causa de incapacidad temporal. ($p < 0,05$ y Odd ratio 1,6 -IC 1,2-2,1)

4.4.3.5.3.2.- Dolor en miembros superiores

El dolor en miembros superiores, incluye las localizaciones de hombros, brazos, codos, manos o muñecas, se ha visto asociado a posturas mantenidas, micro traumatismos de repetición, vibraciones o la manipulación manual de cargas.

El dolor en miembros superiores aparece con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, tanto en cada una de sus localizaciones, como si es considerado globalmente, aunque las diferencias encontradas, no tienen significación estadística.

Muchas de las enfermedades profesionales más prevalentes en el sector de la hostelería, y en las mujeres en concreto, asientan en los miembros superiores. Se ha comentado que el Síndrome de túnel carpiano, tenosinovitis de muñeca o mano y epicondilitis se manifiestan más del doble de veces en mujeres que en hombres. Y así se refleja en la opinión de las trabajadoras. El 100% de las mujeres con dolor del miembro superior lo atribuyen a una causa laboral. Casi todos los hombres con dolor en miembro superior también lo atribuyen a un origen laboral (95,7%).

En la tabla siguiente, podemos ver la localización del dolor, según su distribución por localización anatómica y sexo.

Tabla 19.- Análisis de la prevalencia de dolor en miembros superiores en el último año, según localización anatómica y sexo				
LOCALIZACIÓN	Hombre	Mujer	Total	P
Dolor en hombros	22,0%	29,6%	26,4%	>0,05
Dolor en brazo/codo	18,6%	22,2%	20,7%	>0,05
Dolor en muñecas/manos	20,3%	23,5%	22,1%	>0,05
Dolor en miembros superiores	39,0%	45,7%	42,9%	>0,05

La presencia de incapacidad temporal por este motivo es ligeramente superior en las mujeres (8,6%) que en los hombres (5,1%). Debe destacarse que:

- Todos los episodios de incapacidad temporal por dolor en miembros superiores, se han producidos en trabajadores que ocupan el puesto de camarero/a.
- En las mujeres que trabajan como camareras, la presencia de bajas por dolor en hombros es del 6,2%, mientras que no hay bajas en hombres por dolor en esta zona ($p < 0,05$ y Odd Ratio de 1,8, IC 1,5-2,0).
- El 7,4% de las camareras han reflejado incapacidad temporal por dolor en muñecas o manos, frente al 3,4% de los hombres. ($p > 0,05$)

4.4.3.5.1.3.- Dolor en miembros inferiores

La postura estática, la bipedestación prolongada o la poca libertad de movimientos agravan la tensión muscular acumulada durante el trabajo. Uno de cada dos trabajadores refiere dolor en los miembros inferiores, si bien se manifiesta con mayor frecuencia en los hombres (59,3%) que en las mujeres (43,2%).

En general, los hombres sufren, con mayor diferencia, dolor en las rodillas y en los pies, mientras las mujeres padecen más en la región de caderas y nalgas.

Tabla 20.- Análisis de la prevalencia de dolor en miembros inferiores en el último año, según localización anatómica según sexo				
LOCALIZACIÓN	Hombre	Mujer	Total	p
Dolor en la región de las nalgas	3,4%	8,6%	6,4%	<0,05
Dolor en las rodillas	25,4%	9,9%	16,4%	<0,05
Dolor en las piernas	35,6%	22,2%	27,9%	>0,05
Dolor en los tobillos	13,6%	9,9%	11,4%	<0,05
Dolor en los pies	39,0%	29,6%	33,6%	>0,05
Dolor de miembros inferiores	59,3%	43,2%	50,0%	<0,05

Pero las diferencias principales se muestran, nuevamente, en función del puesto de trabajo.

- En el caso del puesto de recepción:
 - Las mujeres padecen más dolor en pies y tobillos
 - Los hombres muestran más dolor en caderas y rodillas
- En el puesto de camarero, se da el fenómeno contrario:
 - Las mujeres padecen más dolor en caderas y nalgas
 - Los hombres tienen más dolor en el resto de localizaciones, fundamentalmente rodillas, tobillos y pies.

En este apartado, hombres y mujeres atribuyen, por igual el origen laboral del dolor en miembros inferiores (88,6%).

Sin embargo, hay una gran mayoría de hombres 10,2% que han necesitado una baja por este motivo, frente al 1,2% de las mujeres siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas $p < 0,01$. Los porcentajes son superiores para el puesto de camarero, pero la diferencia encontrada no es significativa.

Es importante como medida preventiva, inculcar a los trabajadores actitudes para tomar descansos regulares para aliviar el estrés producido por la posición prolongada de sentado o de pie, a través de estiramientos y ejercicios.

Asimismo, la prevalencia de dolor en miembros inferiores (en especial en las rodillas), es significativamente mayor en trabajadores con sobrepeso, por lo que será otro factor a modificar.

4.4.3.5.4.- **Patologías Psicosociales**

Aquellos puestos de trabajo que requieren procesar una elevada cantidad de información de todo tipo, junto a la existencia de condiciones de la tarea, de la forma de organización del trabajo y del horario de trabajo, la presión de tiempo, la cantidad de trabajo, el mantenimiento de un nivel elevado de atención, la repetitividad o monotonía, las relaciones interpersonales, la atención directa al público, etc., junto a las dificultades para compaginar la conciliación entre la vida laboral y familiar, constituyen un conjunto de factores que van a estar presentes entre los trabajadores del sector de la hostelería.

Todos ellos, constituyen los factores de riesgo que englobamos bajo la denominación de carga mental o riesgos psicosociales, y que pueden tener traducción en los niveles de salud, manifestado como ansiedad, estrés, alteraciones del estado de ánimo, depresión, alteraciones del sueño, somatizaciones de diferente localización (dolor de cabeza, contractura muscular, parestesias, dolor torácico, etc.).

El estrés y la ansiedad son respuestas emocionales que se producen generalmente cuando un individuo se encuentra inmerso en una situación de sobre exigencia física o psíquica.

Recientemente se ha introducido una nueva dimensión psicosocial, que se ha venido a denominar fenómeno de la **doble presencia**. La incorporación

de la mujer al mercado laboral ha supuesto que muchas mujeres deben sumar al trabajo remunerado, aquel trabajo no remunerado que supone atender las labores del domicilio propio. La doble presencia supone una sobrecarga a dos niveles: por una parte, la exigencia física que supone continuar con la realización de tareas de limpieza y cuidado, con una disminución del tiempo para el descanso, lo que incrementa el riesgo de patología osteomuscular. Por otro lado, la carga mental que aparece como consecuencia de tener que organizar más tareas en menos tiempo y la mayor dificultad para la conciliación laboral con la vida familiar. Para analizar el posible impacto de estos factores sobre la salud psicosocial de los trabajadores del sector, hemos utilizado como instrumento de medida, el **cuestionario BSI, *Brief Symptom Inventory*** o Inventario de Síntomas Breves, que consta de 53 ítems, agrupados en **9 dimensiones** de la salud mental. Dicho cuestionario, desarrollado por Derogatis y Melisaratos (1983), posee una fiabilidad test-retest y una consistencia interna muy buena. Sin embargo, los resultados obtenidos por algunos investigadores sobre la estructura factorial del BSI ponen en cuestión la supuesta multidimensionalidad del inventario, indicando que su verdadera utilidad reside en proporcionar una medida general (**unidimensional**) de psicopatología. En cualquier caso, la fiabilidad del BSI es reconocida como excelente, permite valorar el malestar o distrés psicológico general y, cuanto menos, una aproximación a las 9 dimensiones de la esfera psíquica: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se dispone también de las medias obtenidas por la población normal española, así como de las medias de la población psiquiátrica, conseguidas en estudios psiquiátricos de gran envergadura y utilizados como valores comparativos. Las dimensiones que analiza el BSI se describen brevemente a continuación:

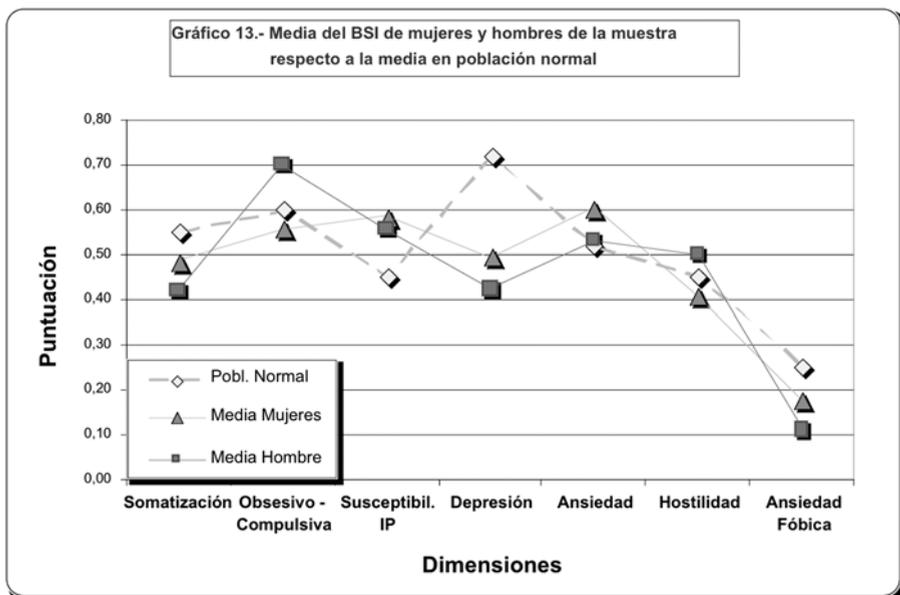
- **Somatización.** Engloba un amplio rango de fenómenos clínicos que producen malestar o síntomas corporales físicos, sin existir una causa orgánica objetivable, que conducen al paciente a solicitar consulta y ayuda médica de forma reiterada. Se puede considerar como la manifestación física de una afección psíquica.
- **Obsesión-compulsión.** Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos que aparecen contra la voluntad de la persona. Aunque sabe que es producto de su mente, tiene la sensación de no poder controlarla y en algún momento teme llevarla a cabo, lo que genera una gran angustia. Como consecuencia, se generan compulsiones: actos mentales o motores que siguen un patrón con el objetivo de poder disminuir esta angustia. Por ejemplo, ante una obsesión por la limpieza, se realizan conductas que buscan el máximo nivel de pulcritud, ya que de esta manera se calma la angustia.
- **Depresión.** Trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.
- **Ansiedad.** Trastorno emocional caracterizado por el desasosiego psíquico. Abarca diferentes aspectos de la psique emocional, y muchos autores señalan que puede ser equiparable con la angustia.
- **Hostilidad.** Pauta de comportamiento que implica aversión o enfrentamiento hacia otras personas, principalmente mediante una oposición de tipo **psicológico**. Cuando el enfrentamiento se produce en un nivel físico, se describe como agresividad.

- **Sensibilidad interpersonal.** Habilidad para percibir cómo se sienten otras personas en una relación o situación específica.
- **Ansiedad fóbica.** Trastorno de ansiedad que se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror o pánico. Son ejemplos la agorafobia, la fobia social (como el miedo a hablar en público) y las fobias específicas (a determinados animales, insectos, plantas u objetos).

Los resultados se presentan como la media obtenida en cada uno de los apartados estudiados. Estos valores, se comparan con la media de la población normal española.

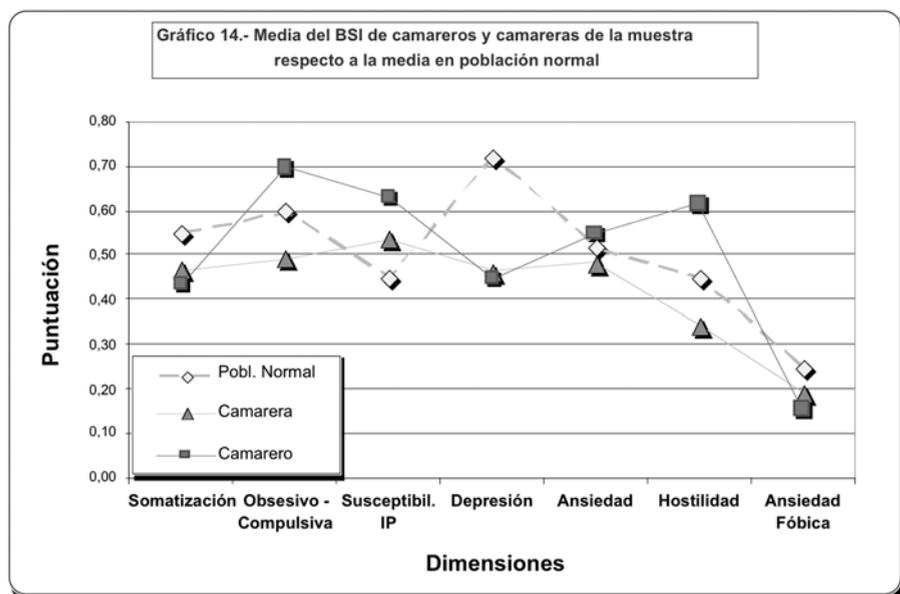
El análisis de las dimensiones muestra que hombres y mujeres de la muestra siguen un patrón bastante similar al de la población general normal, con las siguientes diferencias:

- La dimensión "*depresión*" se encuentra a niveles muy inferiores que la población general, ligeramente más bajos en los hombres.
- Lo mismo ocurre con las dimensiones "*somatización*" y "*ansiedad fóbica*", si bien la diferencia es poco acusada.
- Las dimensiones "*obsesivo-compulsiva*" y la "*hostilidad*" se encuentran a mayor nivel en los varones, mientras que las mujeres se encuentran por debajo de los valores de la media de la población general.
- La dimensión "*ansiedad*" se encuentra ligeramente por encima en las mujeres, respecto a hombres y a la media de la población normal.

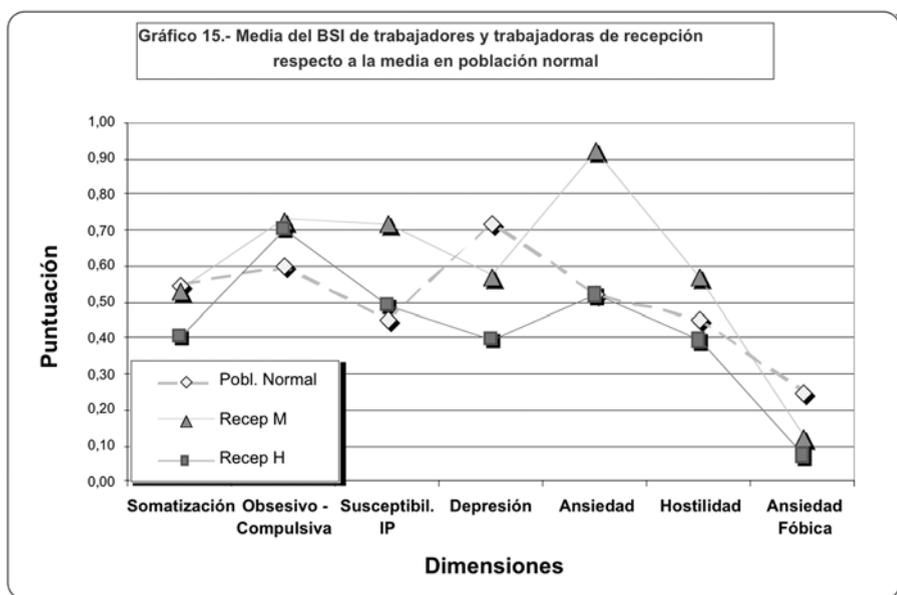


Se ha estudiado la existencia de diferencias según el puesto de trabajo.

Para el puesto de camarero, se ha comprobado que los hombres tienen una mayor carga de hostilidad, susceptibilidad interpersonal y obsesión compulsión, superior a la media de la población general, mientras que la mujeres se encuentran por debajo.



Para el **puesto de recepción**, las mujeres muestran puntuaciones **superiores** a los hombres en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión "obsesivo-compulsiva" en la cual se igualan. Y para el caso de esta última, para la ansiedad, la hostilidad y la susceptibilidad interpersonal los niveles se encuentran por encima de la media de la población general.



Como parte de la evaluación psicosocial, hemos analizado la **satisfacción o insatisfacción Laboral**.

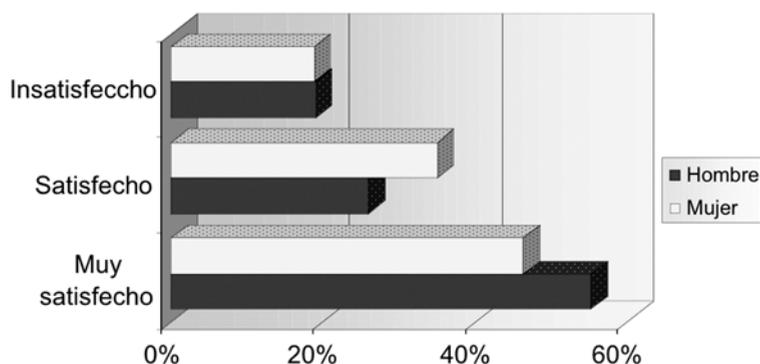
La mayoría de estudios y trabajos de investigación buscan relaciones entre la situación laboral y la probabilidad de sufrir determinadas patologías, centrándose en los aspectos negativos sobre la salud. Pero otros autores sugieren que no hay que descartar los **aspectos positivos que surgen del trabajo**, aparte de la retribución económica, y que es necesario profundizar en el estudio de estas motivaciones. La obtención de satisfacción personal, mayor autoestima o experiencias agradables pueden suponer un incremento de la satisfacción laboral y actuar como contrapeso para afrontar el estrés y la carga mental.

Tabla 21.- Valoración de la satisfacción laboral según sexo						
Su trabajo le proporciona:	Raramente		A veces		Frecuentemente	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Satisfacción personal	25,50%	23,40%	35,40%	28,60%	38,20%	48,10%
Emociones agradables	33,30%	27,30%	29,60%	62,30%	37,00%	37,70%
Compañía	18,50%	18,70%	48,10%	54,70%	51,90%	54,70%
Mayor autoestima	32,10%	28,60%	66,00%	35,10%	34,00%	36,40%
Bienestar	25,50%	26,30%	34,00%	59,20%	34,00%	28,90%
Realización personal	19,30%	32,90%	48,60%	57,90%	52,60%	42,10%

El criterio metodológico que hemos seguido para valorar el grado de satisfacción emocional, se ha calificado cada apartado de uno a tres puntos. La opción "raramente" recibe un punto, dos puntos la opción "a veces" y tres puntos la opción "frecuentemente". Como zona de corte, se ha establecido en menos de 9 puntos para la situación de *insatisfecho*, de 9 a 14 puntos para la *satisfacción "normal"* y más de 14 puntos para la situación de *muy satisfecho*.

Los resultados reflejan que ambos colectivos poseen prácticamente el mismo porcentaje de trabajadores insatisfechos, el 19%. La única diferencia se muestra en el grado de satisfacción: un mayor porcentaje de hombres que se sienten muy satisfechos con su trabajo (55,2%) respecto al porcentaje de mujeres (46,3%).

Gráfico 16.- Diferencias en la satisfacción laboral por sexo



4.4.3.6.- Orientaciones sobre la Vigilancia de la Salud de los trabajadores de la hostelería.

Se entiende por Vigilancia de la Salud de los trabajadores, al conjunto de actividades propias de la Medicina del Trabajo, tendentes a la recogida y análisis, sistemático y continuo de datos de salud y condiciones de trabajo, con los **objetivos de ser capaz de identificar los problemas de salud precozmente y de evaluar el impacto de las intervenciones preventivas sobre la salud**, dando una cobertura universal.

Para ello, la Medicina del Trabajo utiliza como técnicas los exámenes de salud o reconocimientos médicos, los cuestionarios genéricos o específicos, y el control biológico, con los siguientes **objetivos específicos**:

- **Conocer** el estado de salud de los trabajadores (individual y colectivo).
- **Relacionar** el estado de salud individual y colectivo de los trabajadores con la exposición a los riesgos en el trabajo, para detectar posibles agentes etiológicos de origen laboral.
- **Identificar** situaciones o grupos de riesgo sobre los que se haga necesario desarrollar programas de prevención y promoción de la salud.

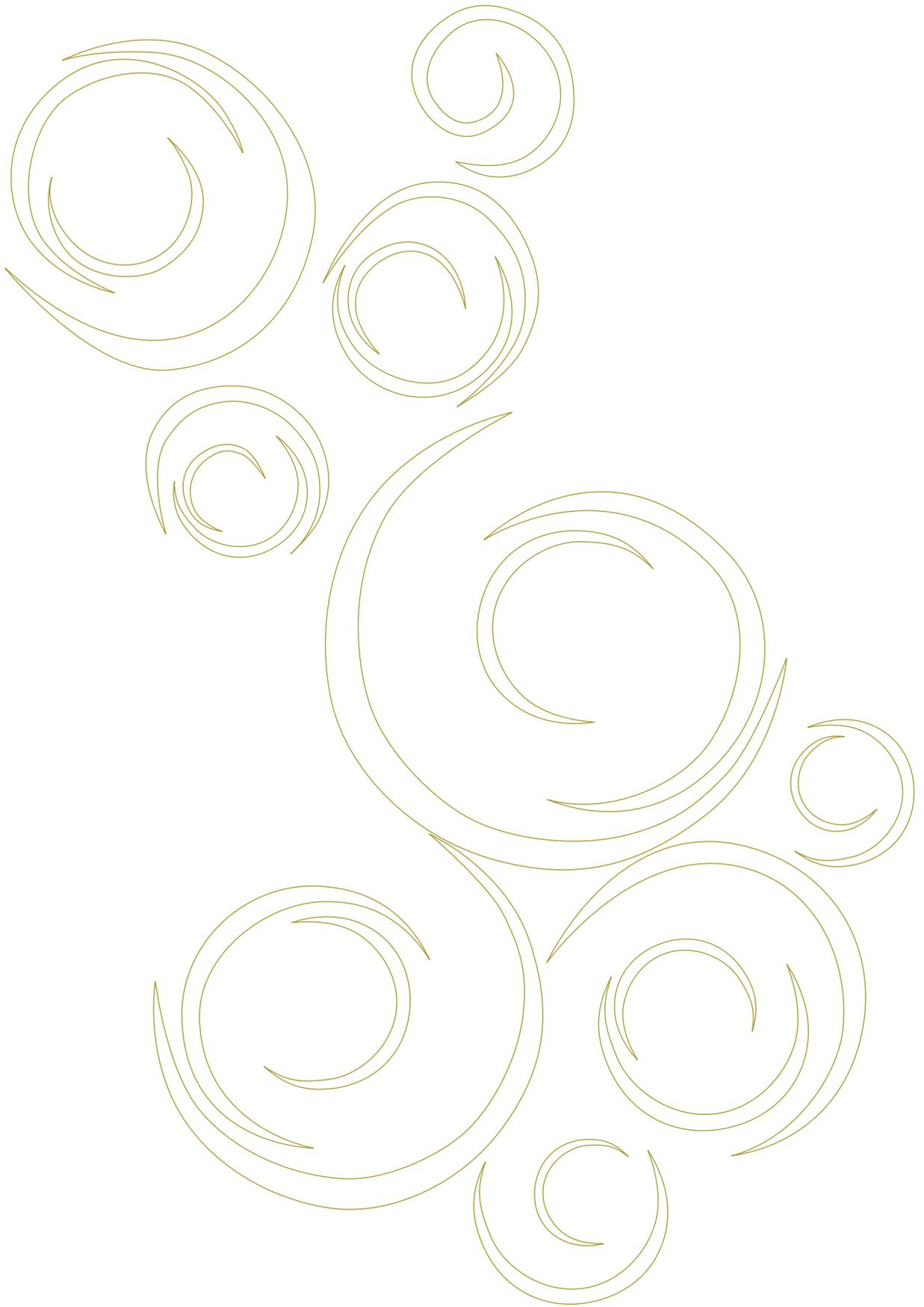
- **Adoptar** las medidas y estrategias necesarias para controlar los riesgos detectados y adaptar el trabajo a las condiciones de salud de las personas, a través de la puesta en marcha de un plan de salud específico y programas activos de prevención, todo ello en función de los resultados de la evaluación de la salud de la empresa.
- **Evaluar** la eficacia de las medidas preventivas realizadas e identificar situaciones de riesgo emergentes insuficientemente evaluadas y controladas y la relación de los mismos con la salud y seguridad en el trabajo.

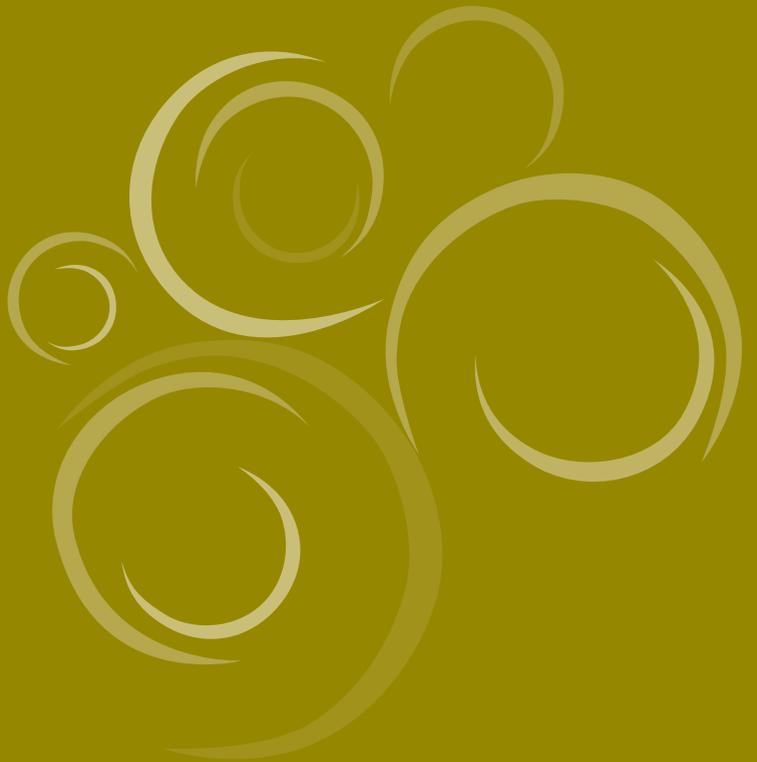
Los exámenes de salud o reconocimientos médicos son el medio más habitual para evaluar la salud individual de los trabajadores,

por lo que los otros procedimientos para la vigilancia de la salud deben ser considerados como complementarios, dentro de una estrategia integral y coherente de vigilancia de la salud, que incluya no solo una valoración individual del estado de salud de los trabajadores, sino también, el estudio sistemático de los patrones de salud y enfermedad en los diferentes colectivos laborales.

En nuestro estudio, el 62,7% de los trabajadores y el 53,1% de las trabajadoras indican que se han realizado un reconocimiento médico de empresa en los últimos 12 meses. El 54,1% de los hombres y el 60,5% de las mujeres piensan que dicho reconocimiento es específico para su puesto de trabajo, cifras similares a los de la VI ENCT.

Vistos los resultados de nuestro estudio, se hace necesario incluir en la valoración médica de los trabajadores del sector, no sólo los problemas de salud derivados de una explosión a determinadas condiciones de trabajo, sino que complementariamente, deben abordarse otras dimensiones de salud relacionadas con los determinantes de género y los determinares biológicos.





5.- Conclusiones





5.- Conclusiones

A pesar de los avances en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, existen todavía dificultades para que las mujeres trabajadoras y los hombres trabajadores alcancen niveles similares de salud, desde su dimensión física, psíquica y social.

Debido a la fuerte segregación ocupacional entre géneros en el mercado laboral, las mujeres y los hombres están expuestos a diferentes entornos de trabajo y diferentes tipos de exigencias y tensiones, incluso cuando se emplean en el mismo sector y ejercen la misma profesión llevando a cabo tareas diferentes, incluso cuando realizan el mismo trabajo.

Las conclusiones que se han obtenido del estudio cualitativo y cuantitativo, reflejan lo siguientes:

A pesar de las diferencias biológicas reales existentes, en los grupos de discusión se manifiesta que aquellos puestos de trabajo ocupados indistintamente por hombres o por mujeres, **no perciben que existan** diferencias en cuestión de asignación de tareas o de rol específico del puesto de trabajo. Es decir el camarero y la camarera realizan el mismo tipo de actividad, si bien la única **discriminación positiva** se realiza de manera interna por el propio colectivo masculino, que en aras de favorecer el trabajo a la mujer camarera, se encargan de aquellas tareas (levantar peso), que consideran más propias de su sexo.

Por lo tanto, tampoco se percibe por parte del colectivo, diferencia en cuanto a la exposición de los riesgos porque realizan las mismas tareas.

En cuanto al diseño del puesto de trabajo que entienden debe

ser diferente por las características biológicas de ambos colectivos, no perciben diferencia alguna.

Sin embargo, en cuanto a la organización del trabajo y lo referente a la conciliación de la vida familiar, tal y como luego se apreciará en el estudio cuantitativo, el colectivo de trabajadoras manifiesta una peor compatibilidad entre la vida laboral y familiar, reclamando se tenga en cuenta la dedicación que realizan a su vida familiar muy superior a la que realiza el hombre.

En cuanto a la información recogida por el **grupo de expertos**, hay que destacar que sí se aprecian considerables diferencias entre los factores de riesgo y patologías que incidan sobre el hombre o la mujer que ocupa un mismo puesto de trabajo.

La incorporación de la mujer al mercado laboral, no ha supuesto para ellas un alivio de las tareas domésticas y es una de las razones por las que se le atribuye peor salud. Los roles de ama de casa, cuidadora de personas dependientes y trabajadora remunerada suponen un exceso de funciones que termina teniendo efectos perjudiciales en la salud.

Según los datos de nuestro estudio un 44,4% de las trabajadoras tiene familiares dependientes a su cargo, mientras que este porcentaje solo alcanza al 28,8% de los trabajadores. Además, estas cargas, han supuesto la necesidad de un cambio de puesto de trabajo, reducción de la jornada laboral o trabajo a tiempo parcial, pérdida de oportunidades en una mejora de empleo, dificultades para el ascenso o la promoción en el trabajo de forma significativa entre las trabajadoras.

También se pone de manifiesto que el reparto de tareas no es equitativo, especialmente aquellas que suponen mayores riesgos de manipulación de carga, posturas de riesgo y movimientos repetidos, tales como planchar, lavar, cocinar o hacer la compra. Además, las trabajadoras dedican más horas a las tareas del hogar, en detrimento de sus horas de ocio (menor porcentaje de trabajadoras que practican ejercicio) y menor número de horas de sueño.

En el estudio cuantitativo se queda patente que las trabajadoras muestran una peor compatibilidad entre la vida laboral y familiar de forma significativa (una de cada 3 trabajadoras), mientras que los trabajadores indican una deficiente compatibilidad, en uno de cada nueve casos.

Si bien es cierto que las mujeres en España presentan una esperanza de vida más alta entre los países de la UE, esta ventaja de supervivencia, no equivale necesariamente a un mejor estado de salud.

En nuestro estudio, las trabajadoras tienen un peor nivel de salud percibida, una mayor incidencia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, aunque refieren un menor porcentaje de antecedentes patológicos, quizá en relación con una menor preocupación por la salud propia, tal como se refiere en diferentes estudios.

Entre las trabajadoras, destaca el dolor de espalda, las cefaleas, los trastornos circulatorios y los trastornos psicológicos. En los trabajadores, el dolor de espalda, la cefalea, las alergias, los

trastornos de los lípidos, los reumatismos, las enfermedades respiratorias y digestivas.

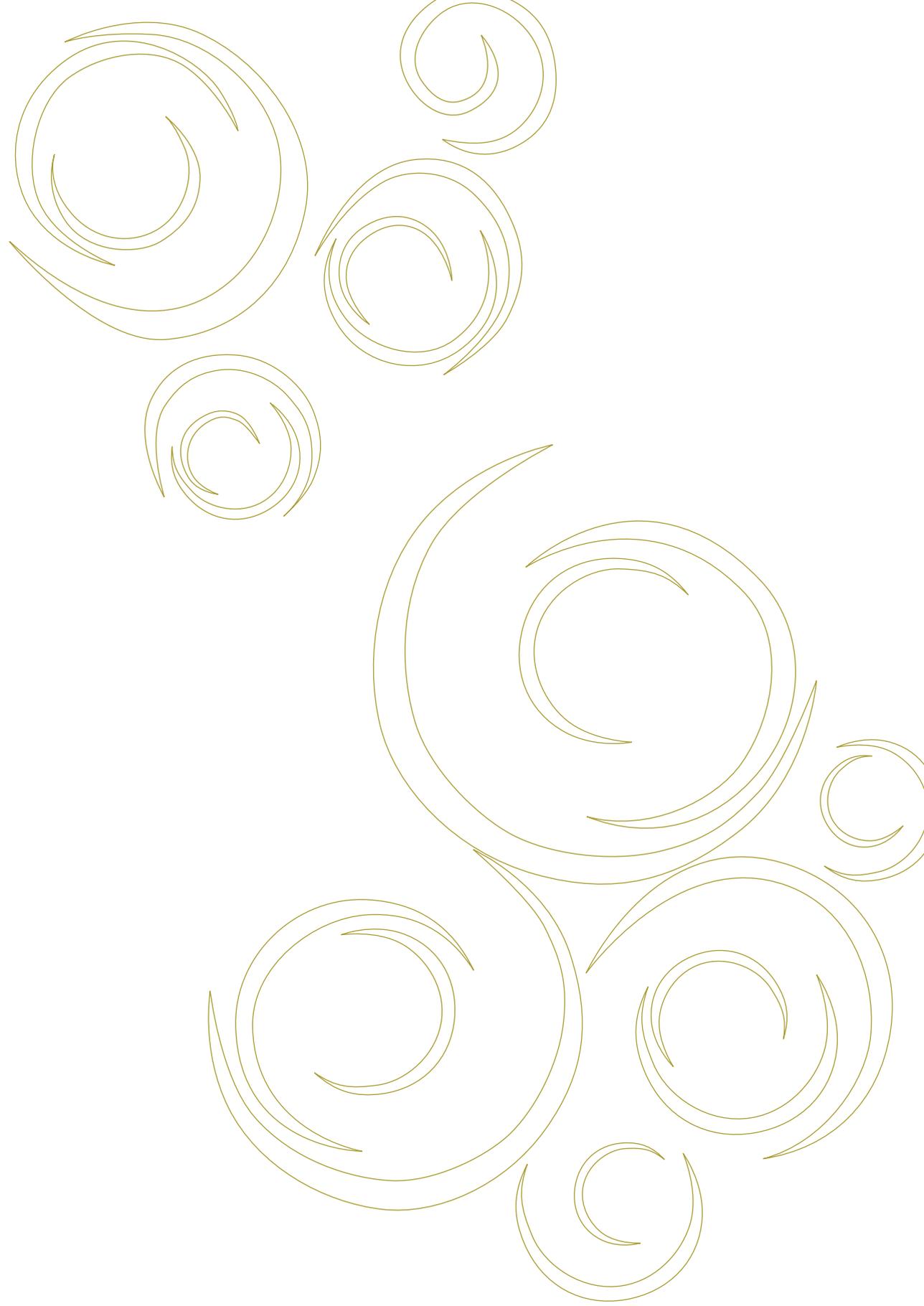
Las trabajadoras consumen más medicamentos, especialmente analgésicos, vitaminas y tranquilizantes.

Para la evaluación de riesgos y la intervención preventiva se debe tener en cuenta la interacción entre diferentes factores como son la organización del trabajo y los aspectos relacionados con el género. Incorporar la doble presencia como una dimensión de la organización del trabajo y contemplar las diferencias biológicas y la interacción tarea/puesto de trabajo.

Las medidas de prevención de riesgos laborales deben adoptarse teniendo en cuenta la perspectiva de género, pues hombres y mujeres aún a pesar de estar en las mismas condiciones de trabajo y expuestos a los mismos riesgos, pueden enfermar de manera diferente por lo que hay que adoptar medidas también diferentes.

Para ello es fundamental que las mujeres estén representadas en los órganos de representación de los trabajadores que negocian la actividad preventiva con la empresa.







6.- Propuestas de mejora





6.- Propuestas de mejora

Lamentablemente la respuesta que suelen encontrar las mujeres trabajadoras cuando demandan asistencia sanitaria por daños a la salud ocasionados con motivo del trabajo no es acorde con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Rara vez se realiza la pertinente valoración del daño relacionándolo con las condiciones de trabajo de las ocupaciones laborales de estas mujeres, más bien al contrario la práctica generalizada de los “profesionales médicos de la prevención” tienden a justificar estos daños en la biología específica de las mujeres o en las tareas que realizan en su vida privada.

Cuando pensamos en los riesgos laborales, es más probable que pensemos en hombres que trabajan en sectores con alto riesgo de accidentalidad, como la construcción o la pesca, que en mujeres que trabajen en el sector sanitario y social o en sectores nuevos como los centros de atención telefónica. Un cuidadoso examen de las verdaderas circunstancias de trabajo muestra que tanto hombres como mujeres pueden tener que enfrentarse a importantes riesgos laborales.

Además, facilitar el trabajo de las mujeres lo hará también más fácil para los hombres. Por lo tanto, es importante incluir los aspectos del género en las evaluaciones de los riesgos laborales, e integrarlos en la prevención de riesgos constituye ahora un objetivo de la Comunidad Europea.

La evaluación de riesgos deberá tener en cuenta los aspectos de los géneros, sus diferencias y desigualdades. El trabajo, su organización y los equipos usados deberían estar diseñados para adaptarse a la gente, y no al revés. Este principio está inscrito en la legislación comunitaria. La legislación exige a los empresarios efectuar una gestión del riesgo basada en evaluaciones, y esto puede dividirse en cinco etapas:

1. Identificación de riesgos
2. Evaluación de riesgos
3. Puesta en práctica de soluciones
4. Supervisión
5. Análisis

En primer lugar hay que realizar una reflexión en torno a la **cultura de la prevención dominante**. No es exagerado señalar que prácticamente todos los esfuerzos preventivos se dirigen a actuar sobre los riesgos de seguridad, en definitiva a actuar sobre las lesiones que son más visibles y que desafortunadamente continua siendo un problema de primer orden, los accidentes de trabajo.

El segundo elemento de reflexión es si las prácticas preventivas contemplan aquellos riesgos que afectan de manera prioritaria (y casi específica) a las mujeres. Anteriormente hablábamos del tema de la doble presencia, situaciones de intimidación, trato vejatorio y acoso sexual, viendo afectado su derecho individual al trabajo, y también, su salud.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo detecta descuidos en los riesgos laborales, la seguridad y la salud de las mujeres en comparación con la de los hombres, tanto en lo que respecta a la investigación como a la prevención y la evaluación de riesgos, según un informe de UGT cuya presentación coincidió con la celebración del Día Internacional de la Mujer Trabajadora (2006).

La Estrategia Europea sobre salud y seguridad en el trabajo tiene como objetivo integrar las cuestiones de género en la prevención de los riesgos laborales. La Agencia Europea propone un modelo más sensible, ya que la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo no puede contemplarse

separadamente de aspectos más amplios relativos a la discriminación en el trabajo y en la sociedad.

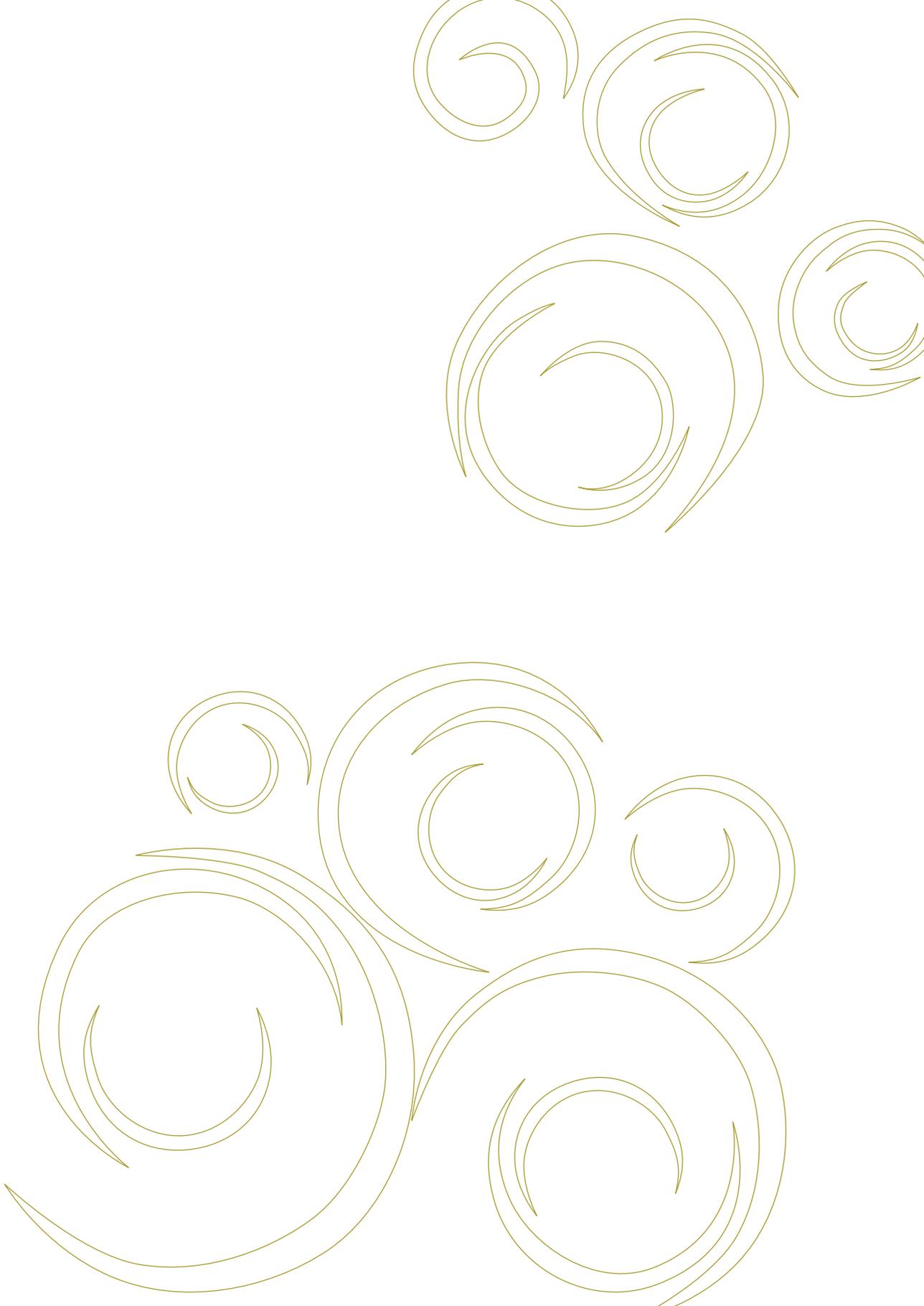
- **Es imprescindible abordar la salud laboral desde un nuevo enfoque** que no tenga por modelo al hombre sino que analice los nuevos riesgos y las diferentes formas de enfermar debido a las diferencias biológicas, fisiológicas y sociales entre mujeres y hombres
- **Visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres** dado que aquello que no se reconoce no existe.
- **Impartir la formación dentro de la jornada de trabajo**, ya que hacerlo fuera de ella duplica el esfuerzo de la mujer (ajuste de horario a los distintos miembros de la familia, acumulación del trabajo doméstico ...)
- **Revisar los protocolos de los reconocimientos médicos**, de modo que la atención a la salud de las mujeres se realice desde una perspectiva integral. Estos reconocimientos deben basarse en la historia clínico-laboral e investigar también aspectos ligados al estrés, modificación de los hábitos (consumo de medicación no prescrita, de psico-fármacos ...)
- **Potenciar redes de mujeres y dotarlas de recursos** para estimular la investigación de enfermedades prevalentes en mujeres trabajadoras, sus causas e indicadores para la prevención.
- **Potenciar la participación de las mujeres** como delegadas sindicales, delegadas de prevención y miembros del Comité de Seguridad y Salud, ya que su implicación directa facilita la visibilidad de los problemas que las afectan así como la búsqueda de soluciones para superarlas.

En definitiva, son necesarios esfuerzos continuados para mejorar las condiciones de trabajo tanto de hombres como de mujeres. No obstante, la adopción de un enfoque "neutral a los géneros" respecto de la prevención y evaluación de riesgos puede conllevar el riesgo de que las mujeres trabajadoras sean infravaloradas.

Entre todas y todos debemos cambiar las condiciones para construir una sociedad en la que las mujeres puedan acceder libremente al mundo del trabajo, en igualdad de oportunidades y sin costes para la salud física y psíquica.

Por último comentar que desde las Administraciones Públicas se debe realizar un importante apoyo a los empresarios para facilitar y fomentar la compatibilidad de la vida familiar y laboral en sus empresas, llegar al establecimiento de horarios flexibles e introducir en las organizaciones, de manera habitual, políticas de "salidas" por necesidades familiares, políticas de permiso por descanso maternal que faciliten a la trabajadora la conciliación de su vida familiar y laboral.









7.- Bibliografía



7.- Bibliografía

- A statistical portrait of the health and safety at work of young workers. E- fact 8. European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
- Agencia europea de Salud y Seguridad. Importancia de las cuestiones de género en la evaluación y prevención de riesgos. 2003. disponible en: http://www.oshs.europa.eu/publications/forum/7/forum7_es.pdf/at_download/file
- Alonso J, Regidor E, Barrio G et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin 1998; 111:410-416.
- Artacoz L, Escriba-Argüir, V, Cortes I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria. 2004, 18 (supl.2) 24-35.
- Artacoz L, Cortés I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. Scand J Work Environ Health 2007; 33(5):344-350.
- Artacoz L, Cortés I, Moncada S, Brotons M. Diferencias de género en los factores asociados al dolor de espalda crónico en trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor 1999;2(1):11-18.
- Artacoz, L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-47.
- Ballard TJ, Corradi L, Lauria L, et al. Integrating qualitative methods into occupational health research: a study of women flight attendants. Occupational and Environmental Medicine, 2004, 61: 163-166
- Bildt C, Michelsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. International Archives of Occupational and Environmental Health. 75(4):252-258.
- Bonino L. «Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina», Seminario de la OMS/Oficina europea, «Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa», Madrid, 2001.
- Cruel S, Moreno N. Salud, mujeres y trabajo. Guía para la mejora de las condiciones de trabajo. Secretaría Confederal de la Mujer de CC.OO. Madrid.2004.

- Castaño López, E., Plazaola Castaño, J., Bolívar Muñoz, J, Ruiz Pérez, I. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Revista Española de Salud Pública, 2006, 80(6) 705-716.
- Cerrolaza Asenjo J, Mercé Alberto L, Pozuelo Sánchez P, Jardón Dato E. Grupo de trabajo "Riesgo laboral y embarazo". Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
- "Dangerous substances in HORECA". E-FACT 26. European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
- Delgado DL, Rodriguez B. Riesgos laborales desde la perspectiva de género: revisión de la literatura. Med Segur Trab 2006; Vol LII. 202: 47-58.
- Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002.
- Encuesta de población activa del INE 2005, 2006 y 2007. <http://ine.es>
- Esteban Buedo V, García Gómez M, Gallo Fernández M, Guzmán Fernández A. Libro blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003.
- Esteban Buedo V, Fullana Montoro A, Santolaria Bartolomé E, Escriba Agüir V, Torres Gracia A, Barona Vilar C et al. Guía para la prevención de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2006.
- European Survey on Working Conditions. Disponible en: <http://Eurofund.europa.eu/pubdocs/2003/08/en/1/ef308en.pdf>
- Fundación para la prevención de riesgos laborales. Estudio del origen de las enfermedades relacionadas con el trabajo en el sector de la hostelería. 2006
- García Gómez M, Castañeda López R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. Revista Española de Salud Pública, 2006, 80 (4) 349-360.
- Garcia L, Usarbarrena M, Oscariz A, Rey JM, Parra A. Factores psicosociales de la población trabajadora de Navarra según un perspectiva de género. Comunicación presentada en el VI Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo. Madrid 2007.

- Gomez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-498920020005000
- Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de la Hostelería. Comisión Ejecutiva Confederal UGT. Madrid 2006 Disponible en: <http://www.uqt.es>
- Guía médica para la valoración de los riesgos profesionales a efectos de la prestación de riesgo durante el embarazo y riesgo en la lactancia. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). 2007
- Instituto de Estudios Turísticos. Empleo en el sector turístico. Año 2006. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Disponible en: <http://mityc.es>
- INSHT. Guía de Acción Preventiva "Restaurantes, Bares y Cafeterías". Madrid.
- La protección de los jóvenes en el lugar de trabajo. FACT 64. European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <http://www.osha.europea.eu>
- Lazaro N, Moltó ML, Sánchez R. Desigualdades de género en el trabajo. La brecha de género en el empleo y la distribución de las tareas de cuidado. Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa-CIREC. 2005. 50:55-75.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre
- Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. BOE núm. 71, 23/03/2007.
- "Managing psychological risks in HORECA". E-FACT 25. European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <http://www.osha.europea.eu>
- Martínez Laínez, P. Estrés térmico en la construcción. APM Prevención. Navarra. Disponible en: <http://www.navactiva.com>
- Moreno Jimenez B, Rodriguez Muñoz A, Garrosa Hernandez E. diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: un estudio en población española. Psicología e Estudio, 2005, 10 (1) 3-10.
- NTP 355: fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- NTP 658: Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (II), recomendaciones preventivas. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_658.htm

- Organización Panamericana de Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas. 1999-2002. Washington, D.C.: OPS; 1998. (Documento CSP25/8).
- Organización Internacional de Trabajo. Género y Empleo, disponible en: <http://www.ilo.org/publi/spanish/region/ampro/cinterfor/pub/>
- Peiro R, Ramón N, Alvarez-Darder C, Colomer C, Moya C et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit 2004; 18(Supl 2):36-46.
- Protecting workers in hotels, restaurants and catering. FACTS 79. <http://osha.europa.eu>
- Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es>
- Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Dermatitis laboral. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Pantallas de visualización de datos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 1999
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE 29-03-1995
- RD 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares para los trabajadores.
- Resolución de 14 de abril de 2005, de la Dirección General de trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del III Acuerdo laboral de ámbito estatal para el sector de hostelería. BOE 05/05/2005
- Riesgos musculoesqueléticos del personal de limpieza y camareros/as de piso. Disponible en: <http://aragon.uqt.org/slaboral/Riesgos%20limpianza%20y%20camareros%20piso.pdf>
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. «Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos», Gac Sanit 2000; 14 (supl 3): 60-71.
- Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Gender and health: differences and inequalities.2006

- Sánchez-Urán, Y. Igualdad de género y salud laboral: propuestas institucionales, realidad normativa y práctica convencional. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 2006. 53:149-179.
- Salud de la población española. Indicadores de Salud 2006. Plan de Calidad del sistema Nacional de Salud. <http://222.msc.es>
- Salud laboral y genero. <http://www.UGT.es>
- Sauter SL, Murphy LR, Hurrell J, Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid
- Scott J.W.: «Gender and the politics of history», Nueva York, Columbia University. Press, 1988.
- Tau Lee P. Hoteles y restaurantes. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. Disponible: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/>
- Usall J. Sexo y cerebro: diferencias morfológicas y funcionales entre hombres y mujeres. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(3):189-194.
- Verbrugge LM. Pathways in health and death. En : Apple R, ed. Women, health and medicine in america. New Cork: Garland Publishing; 1990
- Vighi Arrollo, F. Salud y Seguridad Laboral en ambientes térmicos. Disponible en: http://www.ffii.es/publicaciones/libro_seguridad_industrial
- Vogel L. Como vincular la lucha de la igualdad con la lucha por la salud en el trabajo. En : Messing, K. El Trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. 2002, Madrid, Catarata, pp. 13-436.
- Vogel. L. La salud de ls mujeres trabajadoras en Europa. Desigualdades no reconocidad. Disponible en : http://www.ila.org.pe/publicaciones/publicación.htm#salud_mujer
- Zimmermann M, González MF, Martínez M. Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. Disponible: <http://www.mtas.es/onsht/EncOIT/tomo2.htm>



Este proyecto ha sido ejecutado por el equipo técnico de SGS TECNOS.
Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación.
Madrid, Diciembre 2008.

La explotación de la propiedad intelectual de esta publicación corresponde a la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, entidad que ha financiado el proyecto, y cualquier acción de difusión, cita o publicación de la misma, requerirá de la correspondiente autorización.

CON LA FINANCIACIÓN DE
FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES



SGS



CHTJ
Comercio, Hostelería-
Turismo y Juego

fecoht

CCOO

FEHR
Federación Española de
HOSTELERÍA



CEHAT
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE HOSTILES
Y ALIMENTOS TIARICOS