

SITUACIÓN EN QUÉBEC, CANADÁ



Trabajadores migrantes en Québec, Canadá

Ana María Seifert, Stéphanie Bernstein, Katherine Lippel,
Karen Messing, Vanessa Couture

Abril 2007

Presentación	2
1. Contexto económico, político y social.....	2
1.1 Gobierno	2
1.2 Relaciones comerciales con países de las Américas.....	3
1.3 Población	3
1.4 Trabajo, salario y niveles de pobreza	3
1.5 Programas sociales.....	5
2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.....	5
3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.....	6
3.1 La Ley sobre la salud y la seguridad en el trabajo (LSST).....	8
3.2 La Ley sobre los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP)	8
4. Situación de la salud en el trabajo.....	10
4.1 Estadísticas sobre las lesiones profesionales	10
4.2 Limitaciones del uso de las estadísticas sobre accidentes y enfermedades profesionales	11
4.3 Estadísticas sobre el ausentismo.....	12
5. Experiencias desde los propios trabajadores.....	13
6. Estudios de caso que ilustran la garantía o violación del derecho a la salud en el trabajo....	14
7. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo	15
Referencias.....	16

Presentación

El presente informe fue redactado por cinco investigadoras, dos juristas y tres ergonomistas, quienes trabajan en Québec en el campo de la salud ocupacional. Estas investigadoras forman parte del CINBIOSE¹ (Centro de investigación interdisciplinario sobre la biología, la salud, la sociedad y el medio ambiente) que reagrupa a más de treinta investigadores de diversas disciplinas y colabora con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el campo de la detección precoz y la prevención de los problemas de salud relacionados con el trabajo y el medio ambiente.

En el campo de la salud ocupacional, las investigadoras del CINBIOSE forman parte de diversos programas en asociación con el movimiento social. En Québec mencionaremos el programa sobre la situación de la mujer trabajadora «*Lo invisible que hace daño*», que se realiza en asociación con las centrales sindicales², y en América latina, el programa con el Centro de Estudios de la Mujer³ sobre la salud mental «*Una mirada sexo-específica sobre las investigaciones, las políticas y las prácticas referentes a los problemas de salud mental relacionados con el trabajo en Chile*»⁴. Por último, es importante señalar nuestros lazos con la Cátedra canadiense de investigación en derecho de la salud y de la seguridad en el trabajo ligada a la Facultad de derecho de la Universidad de Ottawa.

1. Contexto económico, político y social

1.1 Gobierno

Canadá es una federación conformada por 10 provincias y tres territorios. Su gobierno, una democracia parlamentaria, reparte sus funciones entre el gobierno federal y los gobiernos de las provincias y los territorios. La Constitución canadiense se sustenta fundamentalmente en la Ley Constitucional⁵ de 1982 (Carta), que protege los derechos humanos, y en la Ley Constitucional⁶ de 1867 que determina la división de poderes entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales y territoriales. Cada administración es soberana en lo que concierne a los poderes que se derivan de su competencia.

El gobierno federal, tiene bajo su jurisdicción la defensa nacional, la política extranjera, el derecho penal y la ciudadanía. Por su parte, los gobiernos provinciales se ocupan de asuntos locales como la educación, entre otros, y comparten responsabilidades con el gobierno federal en la protección del medio ambiente y la salud. Las leyes y políticas sobre el trabajo, en general, y la salud laboral, en particular, están bajo responsabilidad provincial, que se encarga de regular a los diez sistemas diferentes que coexisten. Evitaremos la dificultad de describir cada uno de estos sistemas utilizando datos de la provincia de Québec.

¹ Sitio web : www.cinbiose.uqam.ca

² Sitio web: <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca>

³ Sitio web : www.cem.cl

⁴ Sitio web : www.proyectoarauca.cl

⁵ *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, ch. 11 (R.-U.) http://laws.justice.gc.ca/fr/const/annex_f.html

⁶ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.)

1.2 Relaciones comerciales con países de las Américas

Los intercambios comerciales en las Américas se realizan principalmente con Estados Unidos y México los cuales reciben respectivamente el 83,9% y 0,8% de las exportaciones de Canadá. En cuanto a las importaciones, el 56,5% provienen de Estados Unidos y el 3,8% de México (MAECI a, 2006, p 26). Canadá ha firmado acuerdos de libre comercio con Estados Unidos y México (ALCAN), con Chile y Costa Rica, así como un acuerdo sobre protección de las inversiones extranjeras con Perú. Actualmente se negocian acuerdos con la Comunidad Andina de naciones, el CARICOM, la República Dominicana, y el « Grupo de los cuatro de América central (CA4) »: Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador (MAECI b, 2006).

1.3 Población

Canadá tiene alrededor de 33 millones de habitantes, de los cuales, aproximadamente, 7,7 millones viven en la provincia del Québec⁷. Un 17,6% de la población canadiense es inmigrante⁸. La tasa de natalidad de Canadá es de 10,8 por 1000 habitantes⁹ y la tasa de mortalidad infantil para el año 2004 fue de 5,3 por mil nacimientos¹⁰. La esperanza de vida promedio es de 75,4 años para los hombres y de 81,2 para las mujeres¹¹.

1.4 Trabajo, salario y niveles de pobreza

El salario mínimo en Québec es de 8,00\$/hora y el salario promedio de 19,12\$/hora¹². Un 15% de todas las unidades familiares de Québec tiene un ingreso considerado bajo¹³, sin embargo, en las familias monoparentales esta proporción sube al 30,7%. Las mujeres que trabajan a tiempo completo todo el año ganan 75,2% del sueldo de los hombres¹⁴.

Según datos del Instituto de Estadísticas de Québec para el año 2005¹⁵, los trabajadores de Québec estaban sindicalizados en un 40,5%. La sindicalización es más frecuente en el sector público donde el 81% de los asalariados están sindicalizados, contra el 27% en el sector privado.

⁷ Statistique Canada. 2006. Population par année, par province et territoire: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo02a_f.htm

⁸ Para fines estadísticos, un inmigrante es una persona no nacida en Canadá. Calculado a partir de los datos de Statistique Canada: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo34a_f.htm

⁹ Statistique Canada. Population, densité, taux de natalité et de mortalité, pays sélectionnés: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo01a_f.htm

¹⁰ Statistique Canada. Taux de mortalité infantile par province et territoire http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health21a_f.htm?sdi=mortalit%E9

¹¹ Statistique Canada. Espérance de vie sans incapacité, par province et territoire : http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health38_f.htm?sdi=esp%E9rance

¹² Statistique Canada. Salaires horaires moyens des employés selon certaines caractéristiques et professions, données non désaisonnalisées, par province (mensuel) (Québec): http://www40.statcan.ca/l02/cst01/labr69f_f.htm

¹³ Institut de la statistique du Québec. 2005. Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Conditions de vie, en línea : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/IndicatPauvre2005.pdf>

¹⁴ Institut de la statistique du Québec. 2007. *Le Québec, chiffres en main 2007*, en línea : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2007/qcem2007_fr.pdf (p 21)

¹⁵ Institut de la statistique du Québec. 2007. *Le Québec, chiffres en main 2007*, en línea : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2007/qcem2007_fr.pdf (p 20)

Las personas de más de 15 años representan el 84% de la población de Québec y el 65% son laboralmente activos. El 81,8% trabaja a tiempo completo y 18,2% a tiempo parcial¹⁶. Cerca del 77% de los asalariados trabajan en el sector de servicios¹⁷. La tasa oficial de desempleo¹⁸ es de 7,6 %, pero esta tasa puede subestimar el nivel real de desempleo porque la categoría de desempleados no incluye las personas que abandonan la búsqueda de un empleo.

La figura 1 presenta la evolución del empleo entre el 2000 y el 2004. Notamos que la situación del empleo parece estable durante este periodo, pero la división tiempo completo/tiempo parcial puede ocultar un aumento o una disminución del número de horas de trabajo al interior de cada categoría. Por ejemplo, el número de horas trabajadas por semana de trabajo por familia con hijos de menos de 18 años pasó de 3065 en 1996 a 3225 en 2004 (Yalnizyan, 2007).

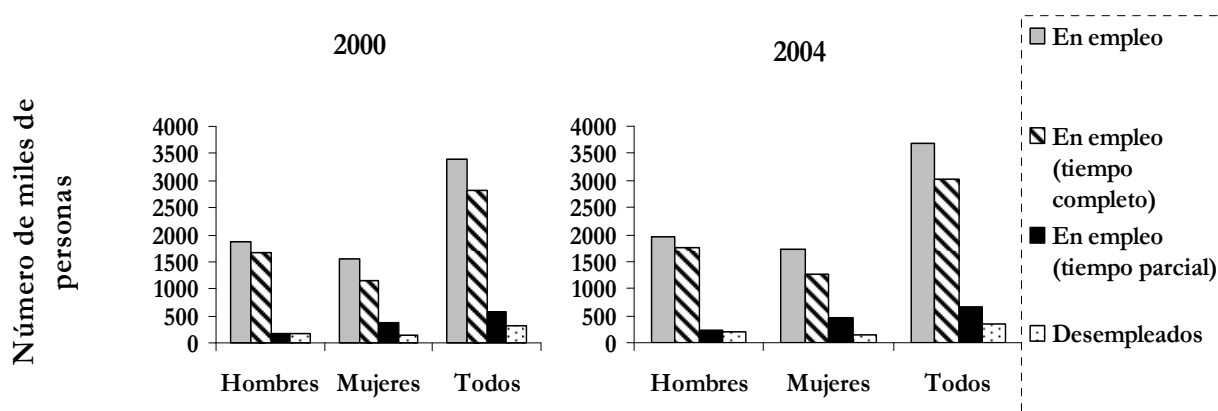


Figura 1 : Características de la población quebequense activa durante los años 2000 y 2004 en función del sexo de los individuos, expresado en miles y redondeado al centenar. Fuente: Revue chronologique de la population active, édition 2004. Données de Statistique Canada repérées et mises à la disposition des universitaires par la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec (CREPUQ) : <http://ivt.crepuq.qc.ca/popactives/popActive.html>.

¹⁶ Institut de la statistique du Québec. Nombre d'emplois selon l'industrie et répartition selon le statut d'emploi (temps plein et temps partiel), moyennes annuelles, Québec, 2003 à 2006 : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_travl_remnr/cat_profes_sectr_activ/professions/pop_active/i3_5_2006.htm, consultado el 4 de abril 2007

¹⁷ Statistique Canada. Emploi selon la branche d'activité, données désaisonnalisées, par province (mensuel) (Québec). CANSIM Tableau 282-0088, janvier 2007 (en línea : www.statcan.ca)

¹⁸ Statistiques Canada. Caractéristiques de la population active, données désaisonnalisées, par province (Québec, Ontario, Manitoba) http://www40.statcan.ca/l02/cst01/lfss01b_f.htm, consultado el 4 de abril 2007

1.5 Programas sociales

En Canadá hay un programa federal de seguro de cesantía financiado por los trabajadores y los empleadores, y programas provinciales de asistencia social financiados por los fondos generales del Estado. Además, en todo Canadá, no es necesario cotizar a un seguro privado para tener derecho a recibir servicios de salud porque existe un programa público de seguro de enfermedad, administrado a nivel provincial, que garantiza a todas las personas que trabajen o no, el derecho a los servicios de salud (atención médica, hospitalización, exámenes diagnósticos, etc.) que requiera su estado. En la provincia de Québec, existe igualmente un programa público de seguro para los medicamentos, aunque los usuarios deben desembolsar una parte del costo. Existe también un programa provincial de pensiones de vejez, basado en las cotizaciones de todos los trabajadores, así como un programa de suplemento de ingreso a los jubilados que no alcanzaron a cubrir todos los requisitos para obtener el monto total de la pensión.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

La Constitución canadiense no contiene ninguna referencia explícita a la salud ocupacional, pero la Carta Constitucional preserva el derecho a la vida y a la dignidad (artículo 7) así como el derecho a la igualdad (artículo 15). Estos artículos son ocasionalmente aplicados en materia de salud ocupacional, pero ciertos fallos jurídicos importantes en el pasado, siguen teniendo un efecto determinante sobre los derechos de los trabajadores y trabajadoras víctimas de lesiones profesionales. Así, en Canadá, todas las leyes provinciales que se refieren a la indemnización de las víctimas de lesiones profesionales prohíben que la víctima siga un juicio civil contra el empleador, prohibición que fue juzgada conforme al derecho constitucional¹⁹. También, una política de reparación cuyo objetivo y efecto era ofrecer una indemnización menor a las personas que sufrían de dolores crónicos o de fibromialgia, fue juzgada discriminatoria e inconstitucional, alegando que tal discriminación no tenía justificación en una sociedad libre y democrática (test legal para la validez constitucional de una disposición legislativa) porque un fallo dejó sentado que un dolor crónico constituye una forma de discapacidad y que la discriminación basada en la discapacidad infringe el artículo 15 de la Carta constitucional²⁰.

El trabajo es considerado una actividad local y la reglamentación que lo cubre es provincial. No existen normas federales mínimas en materia de trabajo. En principio, les toca a las provincias elaborar las leyes sobre las condiciones de trabajo. Existen, sin embargo, ciertas excepciones: los empleados del gobierno federal y de ciertos servicios federales como el servicio de correos, Radio Canadá, etc. son regidos por leyes laborales federales. Por otro lado, la Constitución estipula igualmente que ciertas industrias de envergadura nacional son de competencia federal, entre ellas los trenes, el transporte marítimo, los bancos, las telecomunicaciones, el transporte interprovincial, etc. Así el legislador federal tiene competencia sobre las condiciones de trabajo de cer-

¹⁹ Workers' Compensation Act, 1983 (T.-N.), [1989] 1 R.C.S. 922

²⁰ Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin, 2003 S.C.C. 54

ca del 10% de los trabajadores y existen normas particulares que se aplican a estos trabajadores.

A nivel de la provincia de Québec, el artículo 46 de la « *Carta quebequense de derechos y libertades de la persona* »²¹ garantiza, en conformidad a la ley, el derecho a condiciones de trabajo justas y razonables, que respeten la salud la seguridad y la integridad física de toda persona que trabaje. El artículo 2087 del *Código civil de Québec*²² añade que el empleador debe tomar las medidas apropiadas a la naturaleza del trabajo, para proteger la salud, la seguridad y la dignidad del asalariado.

Es importante señalar que aunque su objetivo no sea directamente la salud laboral, ciertas políticas públicas citadas anteriormente (ver 1.5) tienen un impacto sobre los derechos de los trabajadores y trabajadoras afectados por un problema de salud ocupacional. Por ejemplo, el seguro de enfermedad garantiza el acceso a la atención médica inmediata en cualquier punto de atención, hospital, clínica o consultorio médico. El seguro de desempleo permite que una persona que ha cotizado durante más de 600 horas en el año, reciba prestaciones durante un máximo de 15 semanas cuando se halla incapacitada de trabajar por causa de enfermedad. Si una persona queda incapacitada por un tiempo más largo existe un programa de asistencia social que depende de los ingresos de la familia y que cubre solamente a las familias y a las personas más pobres.

Además, es importante señalar que cerca del 50% de los asalariados canadienses tienen acceso a un seguro de salario privado, pero este tipo de seguro cubre solamente a 17% de los trabajadores a tiempo parcial y a 14% de los trabajadores temporales (Marshall, 2003).

Las disposiciones para la reparación de lesiones profesionales (que serán descritas en el punto 3) previstas por la Ley de los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP) se aplican solamente a las personas cuyas reclamaciones son aceptadas; si la reclamación es rechazada, la persona afectada puede acudir a los programas generales que venimos de describir.

3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área

La legislación en materia de salud y de seguridad en el trabajo, tiene dos objetivos mayores : la prevención de las lesiones profesionales y la reparación de sus consecuencias. En Québec, dos leyes principales rigen la salud laboral: la Ley sobre la salud y la seguridad del trabajo²³ (LSST), adoptada en 1979, encuadra las actividades de prevención (incluyendo la inspección) y la Ley sobre los accidentes y enfermedades profesio-

²¹ Disponible en línea : <http://www.cdpedj.qc.ca/fr/commun/docs/charte.pdf>

²² *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 2087. Disponible en línea : <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sujets/glossaire/code-civil.htm>

²³ Disponible en línea : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html

nales²⁴ (LAEP), adoptada en 1985, encuadra la reparación de lesiones profesionales. Desde su adopción, estas leyes han sido poco modificadas.

Contrariamente a otros países, donde la jurisdicción sobre las leyes y reglamentos que conciernen la salud ocupacional se encuentran distribuidas entre diferentes ministerios y organizaciones, en Québec, un solo organismo público tiene la jurisdicción exclusiva para aplicar estas leyes: la Comisión de la salud y seguridad del trabajo²⁵ (CSST). Su consejo de administración es paritario, con el mismo número de representantes patronales y sindicales, lo que hace que, a veces, las problemáticas que no obtienen un amplio consenso sean dejadas de lado. Todos los empleadores deben cotizar a la CSST y estas cotizaciones financian el conjunto de actividades de la CSST .

La CSST se ocupa de la prevención, inspección de las empresas e indemnización de los trabajadores lesionados y financia las actividades de otros organismos como:

- el Instituto de Investigación Robert Sauvé de Salud y Seguridad en el Trabajo²⁶ (IRSST), cuyo mandato es financiar la investigación en salud ocupacional y estimular, mediante un programa de becas, la formación profesional a nivel de maestrías y de doctorados;
- las Asociaciones Sectoriales Paritarias (se trata de asociaciones permitidas por la LSST y puestas en pie por un acuerdo entre patrones y sindicatos), cuyo mandato es dar a los empleadores y a los trabajadores servicios de formación, información, asesoría en salud y seguridad laboral. Pueden asesorar a las empresas, por ejemplo, sobre el funcionamiento de los comités paritarios de salud y de seguridad, hacer recomendaciones concernientes al cumplimiento de reglamentos y normas y elaborar guías de prevención;
- las actividades sindicales de formación en salud y seguridad.

La LSST tiene como objetivo la eliminación, en su origen, de los peligros para la salud, la seguridad y la integridad física, extendiéndose también a la protección de la salud mental. Esta ley y su reglamentación garantizan ciertos derechos al trabajador, particularmente:

- el derecho a rechazar un trabajo peligroso;
- el derecho a ser informado de los riesgos que comporta su trabajo;
- el derecho a retirarse de un trabajo que implique la exposición a un contaminante que afecte su salud;
- el derecho al retiro preventivo de la trabajadora encinta o en periodo de lactancia, el cual le permite a una trabajadora embarazada exigir cambiar de puesto si su trabajo representa un peligro, tanto para ella como para el niño por nacer o el lactante. Si el empleador no le ofrece condiciones apropiadas, la trabajadora puede retirarse de su trabajo hasta el parto, recibiendo las mismas compensaciones previstas en caso de accidente de trabajo.

²⁴ Disponible en línea :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.HTM

²⁵ Para mayores detalles sobre este organismo consultar el sitio web de la CSST : <http://www.csst.qc.ca>

²⁶ Sitio web: <http://www.irsst.qc.ca>

El trabajador tiene una protección si es objeto de represalias por parte de su empleador por haber ejercido un derecho previsto por la ley.

3.1 La Ley sobre la salud y la seguridad en el trabajo (LSST)

La LSST establece también mecanismos de prevención y algunos de ellos se aplican a todos los sectores. Por ejemplo, la inspección de los lugares de trabajo. Los inspectores de la CSST tienen el poder de inspeccionar todos los lugares de trabajo para asegurarse que las condiciones laborales sean conformes a la ley y a los reglamentos aplicables. Estos inspectores pueden emitir ordenanzas que los empleadores deben obedecer y pueden acusar a un empleador en lo penal si constatan infracciones a la ley. En ciertas provincias canadienses, como en Ontario, los inspectores encargados de la prevención de los accidentes no trabajan para el organismo responsable de la reparación, mientras que en Québec, como en Columbia Británica, el mismo organismo es responsable de la prevención y de la reparación de lesiones profesionales.

Otros mecanismos de prevención se aplican principalmente en los denominados «sectores prioritarios», para los cuales es obligatorio elaborar un programa de prevención y un programa de salud que permita vigilar sistemáticamente la salud de los trabajadores en cada empresa. Además, poner en pie un comité de salud y seguridad para las empresas de más de 20 trabajadores y nombrar un representante a la prevención, que es un representante de los trabajadores liberado para efectuar tareas de inspección, de encuesta de los accidentes y de identificación de situaciones riesgosas.

Podemos apreciar que la LSST garantiza derechos muy importantes como el retiro preventivo de la mujer encinta, el cual es un aspecto innovador y único en América del norte. Sin embargo, en otros planos, existe un retardo considerable. Por ejemplo, las multas previstas por la ley, son mínimas con respecto a las exigidas en otras provincias canadienses (solamente 1 a 2% del monto de las multas previstas en otras provincias). Lo mismo pasa con ciertos elementos claves de la prevención, porque la CSST procede por etapas en la implantación de algunos artículos de la LSST. En un principio se identificaron seis grupos que se clasificaron por prioridad, pero actualmente, el conjunto de mecanismos de prevención se aplican únicamente en los grupos I (Construcción, industria química y fabricación de productos de metal) y II (Industria maderera, transformación de metales y fabricación de equipo de transporte) y una parte de la reglamentación ha comenzado a ser aplicada al grupo III (Transporte, industria de la alimentación y bebidas y administración pública). Estos tres grupos representan el 40% de los trabajadores y el 15% de las trabajadoras. Lo que quiere decir que el 60% de los trabajadores y el 85% de las trabajadoras no se benefician de los mecanismos de prevención previstos para los grupos prioritarios (Messing y Boutin, 1997).

3.2 La Ley sobre los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP)

La LAEP encuadra la indemnización por lesiones profesionales. Es decir, las enfermedades profesionales y las lesiones resultantes de accidentes laborales, así como las recaídas o agravamientos de lesiones profesionales previamente reconocidas. La LAEP comporta una lista de enfermedades presuntamente profesionales que no es exhaustiva, lo que posibilita hacer reclamaciones por enfermedades que no figuran en ella. Tanto los problemas de salud física como de salud mental pueden ser objeto de una reclamación a la CSST.

Las decisiones de la CSST pueden ser objeto de una apelación a la Comisión de lesiones profesionales (CLP), un tribunal especializado e independiente.

Cuando la reclamación es aceptada por la CSST:

- el trabajador tiene derecho al 90% de su ingreso neto basado en el salario bruto que ganaba en el momento en que se lesionó, hasta un máximo asegurable de 59000\$ can por año;
- la LATMP estipula prestaciones en caso de deceso;
- las prestaciones cubren el período de incapacidad temporal;
- en caso de incapacidad permanente que afecte su capacidad de trabajo, el trabajador afectado recibe prestaciones reducidas que dependen de las consecuencias del problema de salud sobre su capacidad de ganar un salario. El trabajador tiene igualmente posibilidad de recibir una indemnización única basada en una estimación de la importancia de la pérdida permanente de capacidad a causa de la lesión. Las prestaciones cesan a la edad de 68 años, pero después, como todos los trabajadores, puede tener derecho a una pensión de vejez;
- en caso de incapacidad permanente que le impida volver al trabajo que ocupaba antes de sufrir la lesión, el trabajador tiene derecho a la readaptación profesional (a ser formado en otro rubro para ocupar un puesto acorde con sus limitaciones);
- los trabajadores tienen derecho a volver a su trabajo. Es decir, que el empleador esta obligado a devolver el empleo si el trabajador puede reincorporarse en los plazos previstos por la LAEP (1 año en el caso de las empresas de menos de 20 trabajadores y dos años en las otras).

Las prestaciones son financiadas por el fondo de accidentes al que contribuyen todos los empleadores y las cotizaciones dependen de los costos de indemnización propios de cada empresa. Este mecanismo ha contribuido a la judicialización del proceso, puesto que los empleadores intentan sustraerse a la imputación de los costos de las lesiones profesionales ocurridas en su empresa y apelan frecuentemente las decisiones.

La LAEP permite que los trabajadores autónomos y los trabajadores domésticos coticen con la CSST para obtener una mayor cobertura y puedan ser indemnizados en caso de lesión, pero muy pocos lo hacen. Los únicos asalariados excluidos del alcance del régimen son los deportistas profesionales.

Es importante hacer notar que contrariamente a los países de América latina, el sistema de salud público es universal y se encarga de la mayor parte de la atención de salud requerida por el trabajador o la trabajadora lesionado(a). Además, las personas lesionadas en su trabajo cuya reclamación es aceptada por la CSST, tienen también acceso a servicios privados que, si bien es cierto que existen en el sistema público, no son fácilmente accesibles porque existen listas de espera. Tal es el caso de los servicios psicológicos o de fisioterapia.

4. Situación de la salud en el trabajo

Presentamos algunas estadísticas sobre las lesiones profesionales y el ausentismo, provenientes de organismos oficiales del gobierno canadiense y quebequense. Las figuras 2 y 3 presentan la tasa de lesiones profesionales reconocidas e indemnizadas por la Comisión de la salud y la seguridad en el trabajo (CSST), durante el período 2000-2005. Es importante considerar que los trabajadores, las trabajadoras y los sindicatos que los representan señalan que el proceso para hacer reconocer una lesión es difícil y puede ser traumático, lo que lleva a una sub-declaración porque las personas lesionadas evitan hacer una reclamación ante la CSST. Las limitaciones de estas estadísticas son explicadas en detalle en los puntos 4.2 y 4.3.

4.1 Estadísticas sobre las lesiones profesionales

La figura 2 presenta las tasas correspondientes al conjunto de la población trabajadora cubierta por la CSST, así como las tasas de los hombres y las mujeres por separado. Podemos notar que las tasas de lesión profesional parecen disminuir durante este período de cinco años y que las tasas de lesiones de los hombres son más altas que las de las mujeres.

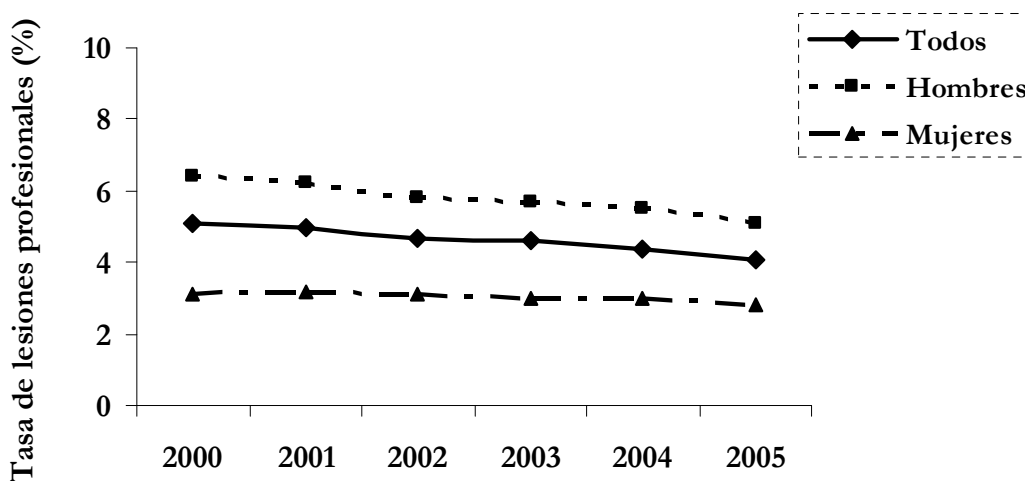


Figura 2 : Tasa de lesiones profesionales indemnizadas durante el período 2000-2005, de acuerdo al sexo. Datos sobre los trabajadores quebequenses a tiempo completo cubiertos por la CSST y contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá. Fuente : Instituto de la Estadística de Quebec. 2006. Annuaire québécois des statistiques du travail. Vol 2 (2).

La figura 3 muestra las tasas de lesiones profesionales por grupo etario y permite constatar que el grupo que presenta el grado más elevado de siniestralidad laboral es el de los jóvenes entre 15 y 24 años. Un análisis de las declaraciones de lesiones muestra que estas son más frecuentes en la manutención, representando un 15,6% de las

declaraciones de las mujeres y un 28,1% de las declaraciones de los hombres²⁷. Sin embargo, la interpretación de estos datos es difícil ya que no podemos saber si se deben a que los jóvenes son más frecuentemente contratados en trabajos que comportan más riesgos o si efectivamente los jóvenes se lesionan más, por razones tales como la falta de formación.

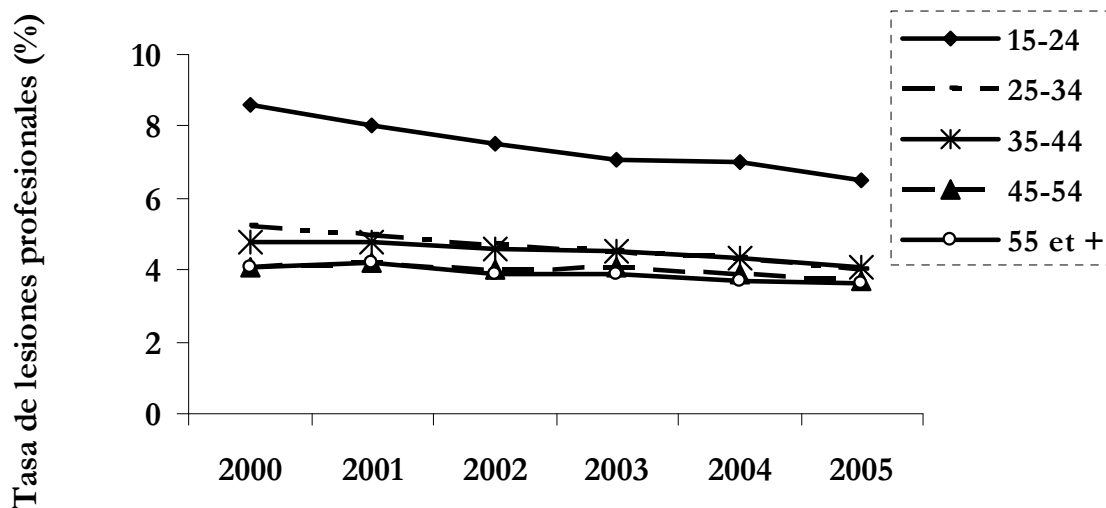


Figura 3 : Tasa de lesiones profesionales indemnizadas durante el período 2000-2005, por categoría etaria, para los trabajadores quebequenses a tiempo completo cubiertos por la CSST y contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá. Fuente : Instituto de la Estadística de Québec. 2006. Annuaire québécois des statistiques du travail. Vol 2 (2).

En cuanto a la mortalidad ocupacional, entre los años 2000 y 2005, se ha registrado un aumento de los decesos. Así en el año 2000 la tasa era de 6,4 (n=180) y el año 2005 esta tasa llegaba a 7,3 (n=223) por 100,000 trabajadores. La CSST atribuye este aumento a fallecimientos debidos a enfermedades relacionadas con la exposición al asbesto así como a accidentes de transporte y caídas. Los hombres cuentan por más del 99% de los decesos ocupacionales.

4.2 Limitaciones del uso de las estadísticas sobre accidentes y enfermedades profesionales

La tasa de accidentes y enfermedades profesionales es el indicador más frecuentemente utilizado para representar el grado de riesgo de los empleos para la salud y la seguridad de los trabajadores y trabajadoras. Sin embargo, este indicador adolece de ciertas limitaciones que debilitan su capacidad para reflejar la situación real en el campo de la salud ocupacional. En primer lugar, los datos concernientes a los accidentes de trabajo, que presentamos en las figuras 2 y 3 provienen del organismo encargado de la indemnización (CSST) y no reflejan el conjunto de lesiones profesionales sino únicamente las lesiones aceptadas por esta entidad para ser indemnizadas. En efecto, según un cálculo efectuado por el Instituto Nacional de Salud Pública de Québec, el número

²⁷ IRSST. Opération Jeune SST. Statistiques, en línea : <http://www.irsst.qc.ca/en/statistiques-profil-des-lesions.html>

de lesiones musculoesqueléticas asociadas al trabajo, se subestima en un factor de 5 en el caso de los hombres y de 8 en el caso de las mujeres (Stock *et al.*, 2003).

Cuatro razones pueden explicar esta subestimación:

- ciertas reclamaciones por lesiones profesionales son rechazadas por la CSST. Ciertos grupos (por ejemplo las mujeres) son discriminados a nivel de la aceptación de sus reclamaciones por los tribunales (Lippel, 1999) y es más difícil hacer reconocer ciertos tipos de lesiones (Lippel *et al.*, 1999). Por ejemplo, es más fácil hacer reconocer un accidente que una enfermedad profesional;
- muchos trabajadores y trabajadoras no se atreven a reclamar una indemnización, entre ellos los inmigrantes (Gravel *et al.*, 2006; Scherzer *et al.*, 2005), en parte por temor a perder su empleo o a tener problemas con la CSST;
- los trabajadores de Québec no necesitan declarar las lesiones profesionales a la CSST y afrontar las dificultades del proceso de reclamo para tener acceso a servicios de salud y muchos pueden recibir prestaciones de reemplazo del salario, provenientes de seguros privados de salario (ver punto 2);
- existen categorías de trabajadores no cubiertos, por ejemplo los trabajadores autónomos y en ciertos casos los trabajadores indocumentados.

Si los datos sobre las lesiones profesionales no representan bien la situación real, lo mismo pasa a nivel de la evolución de estas cifras. Esta evolución puede ser afectada por diferentes factores. Por ejemplo, la CSST puede cambiar sus políticas de apelación de las decisiones o puede ofrecer a los empleadores diferentes maneras de evitar la indemnización (sugiriendo a los empleadores la asignación de los empleados accidentados a otros puestos de trabajo o cambiando el método para calcular las primas que pagan los empleadores). Es importante señalar que la evolución del mercado de empleo puede también dar la falsa impresión de que las condiciones de seguridad de los empleos han cambiado. Así, si las lesiones más fácilmente reconocidas se concentran en ciertos empleos de la economía (por ejemplo en el sector manufacturero) y se encuentran menos en otros (por ejemplo los empleos de oficina), la evolución de las lesiones compensadas puede reflejar las tendencias del mercado de empleo tanto como las tendencias reales de aumento o disminución de las lesiones. Por ejemplo, el crecimiento del empleo en el sector de servicios y su disminución en el sector manufacturero, podrían provocar una disminución de las tasas de lesiones, solo porque relativamente pocos accidentes son reconocidos en el sector de servicios, sin que esto signifique necesariamente que se han dado progresos a nivel de la prevención.

Por estas razones, completamos los datos de las lesiones profesionales con las cifras disponibles sobre las ausencias por enfermedad que ciertos autores sugieren utilizar como indicador de salud ocupacional (Bourbonnais *et al.*, 2001).

4.3 Estadísticas sobre el ausentismo

La figura 4 muestra que el ausentismo laboral por enfermedad es mayor en el caso de las mujeres comparadas con los hombres. Constatamos también un aumento de este ausentismo tanto para los hombres como para las mujeres.

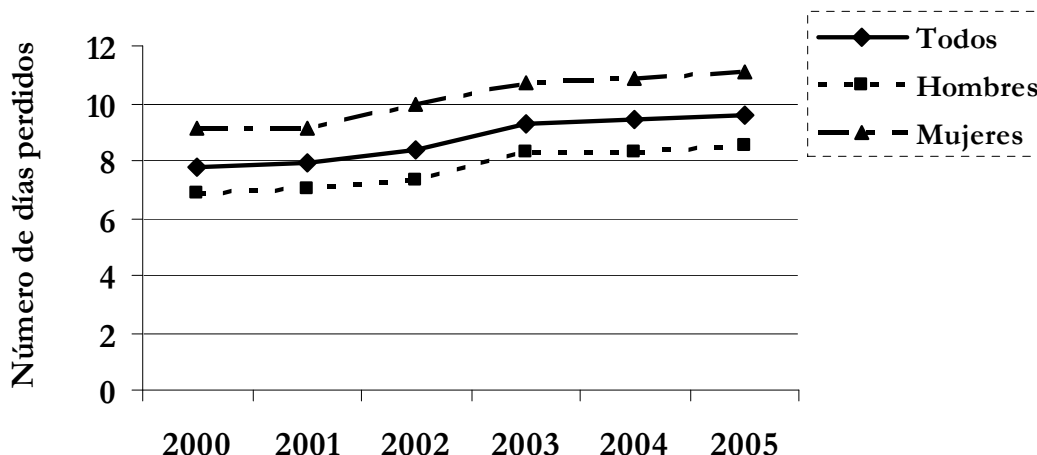


Figura 4 : Número de días perdidos por trabajador a causa de una enfermedad o de una incapacidad para el total de trabajadores quebecuenses a tiempo completo contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá (Fuente : Taux d'absence du travail 2005. 2005. Statistique Canada. N° 71-211-XIF).

Sin embargo, algunas de las mismas consideraciones arriba descritas se aplican también a este indicador y pueden contribuir a la subestimación de los problemas de salud laboral. La evolución del mercado norteamericano del empleo hacia empleos «atípicos»²⁸ (contratos de corta duración, empleo ocasional, etc.) y hacia la subcontratación (Lippel *et al.*, 2004) podría tener como consecuencia que cada vez menos trabajadores tengan derecho a tomar días por enfermedad remunerados, o que tengan temor de tomarlos. Además, para ciertas categorías de trabajadores y trabajadoras (por ejemplo : personal a tiempo parcial o en horarios irregulares) las ausencias por enfermedad pueden ser ocultadas por ausencias previstas o por arreglos internos del horario.

5. Experiencias desde los propios trabajadores

Las autoras no tienen datos sistemáticos sobre las luchas de las organizaciones sindicales en salud ocupacional. Sin pretender hacer un retrato de estas luchas, relataremos en este documento algunas experiencias ligadas a la colaboración de nuestro equipo de investigación de la Universidad de Québec en Montreal con las centrales sindicales de la provincia de Québec²⁹.

Esta colaboración (ver <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca/>) -una de las más longevas e interesantes en lo que concierne a la salud ocupacional- tiene como objetivo el reconocimiento de las exigencias y dificultades que las mujeres enfrentan en su trabajo con el fin de prevenir las enfermedades profesionales y los accidentes, de evitar la discriminación y de lograr un acceso justo a la indemnización (Messing y Seifert, 2001;

²⁸ Para mayores explicaciones ver el punto 7

²⁹ <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca>. Para más información sobre las actividades de salud ocupacional y de condición femenina de las centrales sindicales, ver las páginas web siguientes: <http://www.csn.qc.ca> por la CSN, <http://www.csg.qc.net> por la CSQ y <http://www.ftq.qc.ca> por la FTQ

Messing y Stellman, 2006). El programa de investigación comprende estudios que analizan, por una parte, las exigencias y dificultades que afectan la salud de las trabajadoras y, por otra parte, las prácticas y leyes que rigen la indemnización y la prevención en salud y seguridad en el trabajo.

Las investigaciones realizadas en el marco de esta colaboración permitieron: 1. corregir las situaciones problemáticas identificadas; 2. formar a los consejeros sindicales y a los miembros de los sindicatos; 3. sensibilizar a la población, al gobierno y a los funcionarios con poder de decisión a los problemas y a la discriminación que enfrentan las mujeres en el ámbito laboral; y 4. contribuir a nivel nacional e internacional a la elaboración de legislación, de políticas, de reglamentos y de prácticas que tengan en cuenta las especificidades del trabajo femenino.

El equipo universitario-sindical ha logrado realizaciones importantes: a nivel internacional, se publicó un libro sobre las experiencias de esta colaboración, gracias a los esfuerzos de la Agencia Europea por la Salud y la Seguridad en el Trabajo. El libro fue traducido en seis lenguas incluyendo el español (Messing, 2002). La OMS pidió que nuestro equipo preparara la ficha de información sobre la salud ocupacional de las trabajadoras (Fact Sheet) y una síntesis de estudios sobre la salud ocupacional de las mujeres (Messing y Östlin, 2006). Se publicaron por primera vez artículos que muestran que las trabajadoras sufren discriminación cuando piden indemnización (Lippel, 1999, 2001, 2003, 2005). A nivel nacional, se organizaron congresos y talleres sobre diferentes temas, por ejemplo, “Las Consecuencias Terapéuticas y Anti-terapéuticas de los Programas de Indemnización (2006)” y “Balance y Perspectivas Sobre la Salud de las Trabajadoras (1998)”, que dio lugar a un plan de acción sobre la salud de las trabajadoras retomado por varios grupos en Europa y América latina.

Además de las investigaciones realizadas en colaboración con las centrales sindicales y los organismos comunitarios que representan a los trabajadores y trabajadoras accidentados (Lippel *et al.*, 2005), nuestro equipo colaboró con la formación de los sindicalistas que representan a las víctimas de lesiones profesionales en las instancias de apelación para transmitir herramientas jurídicas pertinentes (Lippel, 2002; Lippel y Lefebvre, 2005), y sensibilizarlos a la importancia de tomar en cuenta las situaciones particulares a las que son confrontadas las trabajadoras.

Ciertas investigaciones contribuyeron a mejorar las condiciones de trabajo, por ejemplo, dos investigaciones (Seifert y Messing, 2006) realizadas con las trabajadoras de la limpieza en los hoteles. Los resultados fueron presentados en un taller que reunió a 150 trabajadoras provenientes de diferentes ciudades de la provincia de Québec y contribuyó a una movilización para mejorar las condiciones de trabajo. Ambas investigaciones contribuyeron a una reducción de la carga de trabajo en el contrato colectivo y al reconocimiento –en los criterios de atribución del trabajo- de aspectos importantes como el número de camas y de ocupantes de un cuarto.

6. Estudios de caso que ilustran la garantía o violación del derecho a la salud en el trabajo.

Con el fin de ilustrar las garantías y límites reales del derecho a un medio de trabajo sano, examinaremos la situación relativa a dos problemas de salud en crecimiento continuo a pesar de las garantías legislativas: los problemas musculoesqueléticos y los problemas de salud mental asociados a las condiciones de trabajo estresantes.

Los problemas musculoesqueléticos, son, hoy en día, las lesiones profesionales más costosas. En efecto, estos problemas representan 40% de los costos de reparación y 33% de las reclamaciones aceptadas (CSST, 2007). Sin embargo, se trata también de lesiones que son objeto de una importante sub-declaración de parte de los trabajadores y de una tasa de rechazo elevada de parte de la CSST. Es importante hacer notar que son las trabajadoras, más que los trabajadores, que enfrentan dificultades para hacer reconocer las enfermedades laborales relacionadas con el trabajo repetitivo (Lippel, 2003). A nivel de la prevención, no existen muchas disposiciones legales que tengan como objetivo específico prevenir los problemas musculoesqueléticos y el poder de los inspectores es restringido en la medida en que, para intervenir, deben apoyarse principalmente sobre el deber general de prevención del empleador. En otras provincias canadienses como Columbia Británica y Saskatchewan, el empleador tiene la obligación legal de analizar específicamente los riesgos de carácter ergonómico, obligación que no tiene su equivalente en la legislación de Québec (Lippel y Caron, 2004).

Las situaciones que afectan la salud mental de los trabajadores y trabajadoras parecen aumentar en Canadá (Dewa *et al.*, 2004). Todas las provincias canadienses prevén el derecho a recibir una indemnización por lesiones psíquicas que aparecen después de un incidente extremadamente estresante y circunscrito en el tiempo, pero Québec es una de las pocas provincias canadienses que aceptan indemnizar las personas ineptas al trabajo a causa de un problema de salud mental imputable a incidentes estresantes que ocurrieron en el trabajo de manera gradual (Cliche *et al.*, 2005; Lippel, 1997, en prensa). Además, en el 2004, el legislador quebequense puso en vigor la primera ley norteamericana que prohíbe el acoso psicológico en el trabajo (Lippel, 2005). A partir de ese momento, la ley dio lugar a miles de quejas por parte de asalariados sindicalizados y no sindicalizados, a pesar de que los fallos sobre el alcance de estas nuevas disposiciones sean aún poco numerosos. A pesar de que Québec se sitúa a la vanguardia de las otras provincias canadienses al reconocer los problemas de salud mental como lesiones profesionales, todo lleva a creer que el proceso para acceder a la indemnización es penoso, a tal punto que los asalariados dudan a la hora de ejercer sus derechos (Guberman y Côté, 2005). Y, por el lado de la prevención, no es sino recientemente que la CSST comenzó a formar equipos de inspectores especializados para investigar sobre los problemas de salud mental.

7. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

Varios factores pueden contribuir a deteriorar las condiciones de trabajo, particularmente de aquellas que están relacionadas con la salud ocupacional. Por una parte se constata, de manera general, una reconfiguración de las empresas y de la organización del trabajo, con el fin de promover una mayor flexibilidad interna y externa, características buscadas por los empleadores. Por otra parte, la liberalización de los mercados a nivel internacional provoca una competencia entre los regímenes nacionales de protección social y de regulación del trabajo (Salah M.M., 2001).

En el plano nacional, la reconfiguración de las empresas (Verge, 2003), la expansión de la subcontratación (Jalette, 2004) y de otras formas de externalización del trabajo y el desarrollo acelerado de formas de empleo «atípicas» (empleo por medio de agencias de trabajo temporal, trabajo por cuenta propia, a tiempo parcial, contratos de trabajo de corta duración, etc.), han generado una erosión de la protección de los trabajadores y trabajadoras. En el 2001, la frecuencia global del empleo atípico en Ca-

nadá y en Québec estaba cerca del 40% (Bernier *et al.*, 2003; Kapsalis y Tourigny, 2004). La atipicidad del empleo es uno de los múltiples factores (con los salarios bajos, la falta de representación colectiva, etc.) de la precarización creciente del trabajo en Canadá (Vallée, 2005; Vosko, 2006), precarización que afecta particularmente a ciertos grupos sociales como las mujeres, los jóvenes, y ciertos grupos etnoculturales (Vosko *et al.*, 2003; Zeytinoglu y Muteshi, 2000). Como efecto de la transformación del mercado de trabajo, la inadaptación de las protecciones legales en materia de salud ocupacional es un problema de importancia crucial en un número creciente de situaciones (Lippel, 2004a). A título de ilustración, en Québec como en otras partes (Echevarría Tortello, 2006; Johnstone y Quinlan, 2005), las agencias de trabajo temporal que juegan un rol en la reconfiguración del mercado de trabajo (Peck y Théodore, 2002), contribuyen a un deterioro de las condiciones de trabajo, de la salud y la seguridad laboral (Bernier *et al.*, 2003; Hébert *et al.*, 2003; Lippel, 2004b).

Los efectos de la liberalización del comercio se hacen sentir en varios sectores. A título de ejemplo, la industria de la confección, cuyo centro en Canadá ha sido históricamente Québec, perdió el tercio de su mano de obra entre el verano del 2002 y el invierno del año 2005, una pérdida de cerca de 18 000 empleos (Ministère des finances du Québec, 2005). La creciente competencia internacional ha contribuido a nivelar hacia abajo la reglamentación en varios sectores manufactureros que producen para la exportación (Grant, 2004; Ministère du travail du Québec, 2001; Tucker, 2004). La transnacionalización de las empresas en diversos sectores, provoca también una transnacionalización de las prácticas de gestión, contribuyendo a un aumento de la precariedad del trabajo y la deterioración de las condiciones de trabajo en ciertos sectores, como la industria de la comida rápida (Reiter, 2002). La liberalización del comercio a nivel de los servicios podría también, por ejemplo, estimular la llegada de empresas extranjeras de servicios de salud y conexos, lo que a su vez podría provocar una presión hacia una mayor privatización del sistema de salud canadiense y de los servicios conexos,³⁰ como los servicios personales a domicilio (Cyrus y Curtis, 2004; Han-kivsky *et al.*, 2004; Ostry, 2001). Por lo tanto, una mayor privatización podría, por una parte, limitar el acceso de las personas económicamente vulnerables a los servicios de salud. Por otra parte, podría provocar una deterioración de las condiciones de trabajo de las personas (mujeres en su mayoría) que trabajan en este sector, dado que las condiciones de trabajo son actualmente mejores en el sector público que tiene una fuerte presencia sindical (Armstrong y Armstrong, 2005).

Referencias

- Armstrong P. y Armstrong H. 2005. *Public and Private: Implications for Care Work*. *The Sociological Review* 53 (2) : 167-187.
- Bernier J., Vallée G. y Jobin C. 2003. *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle : Rapport final*. Québec, Ministère du travail (en línea : www.travail.gouv.qc.ca).
- Bourbonnais R. y Mondor M. 2001. *Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec*. *American Journal of Industrial Medicine* 39: 194-202.
- Cliche B., Veilleux P., Bouchard F., Houpert C., Latulippe E., Cormier I., Raymond M.-P. 2005. *Le harcèlement et les lésions psychologiques*. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 364 pp.

³⁰ Esto dependerá de la posición tomada por el gobierno canadiense en las futuras negociaciones comerciales a nivel internacional y regional, así como de la apertura a la privatización de los servicios de salud y conexos a nivel nacional

- CSST. 2002. *Troubles musculo-squelettiques, ça coûte cher à tout le monde*. (en línea : www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/B438E5D5-DD57-47E8-AC32-2EB4C8898A27/296/dc_500_236.pdf)
- Cyrus T.L. y Curtis L.J. 2004. *Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes*. Ottawa : Condition féminine Canada (en línea : www.swc-sfc.gc.ca).
- Dewa C., Lesage A., Goering P. y Caveen M. 2004. *Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace*. Health Care Papers 5(2): 13-26.
- Echeverría Tortello M. 2006. *Los riesgos laborales de la subcontratación*, Aportes al Debate no. 19. Departamento de Estudios, Dirección del Trabajo, Santiago de Chile. 67 pp. (en línea: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-89805.html>).
- Grant M. 2004. *Deregulating Industrial Relations in the Apparel Sector : The Decree System in Quebec* en J. Stanford et L. F. Vosko (Editores) *Challenging the Market : The Struggle to Regulate Work and Income*. Montréal/Kingston: McGill-Queen's University Press. pp. 135-150.
- Gravel S., Brodeur J.-M., Champagne F., Lippel K., Patry L., Boucheron L., et al. 2006. *Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles*. PISTES 8(2) en línea: : www.pistes.uqam.ca.
- Guberman N. y Côté D. 2005. *Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles*. PISTES 7(2) en línea: www.pistes.uqam.ca.
- Hankivsky O. y Morrow M. con la colaboración de P. Armstrong, L. Galvin y H. Grinvalds. 2004. *Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes*. Ottawa, Condition féminine Canada (en línea : www.swc-sfc.gc.ca).
- Hébert F., Duguay P. y Massicotte P. 2003. *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec: Analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997*. Montréal, Canada : Institut de Recherche Robert Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST).
- Jalette P. 2004. *Sous-traitance dans le secteur manufacturier : une comparaison Québec-Ontario*. Gazette du travail 6(4) : 76-90.
- Johnstone R. y Quinlan M. 2005. *The OHS Regulatory Challenges Posed by Agency Workers: Evidence From Australia*. Canberra: National Research Centre for Occupational Health and Safety Regulation (en línea: <http://www.ohs.anu.edu.au/publications/pdf/RJ.labour%20hire%20paper.pdf>).
- Kapsalis C. y Tourigny P. 2005. *La durée de l'emploi atypique*. L'emploi et le revenu en perspective 17(1) : p. 34 (en línea : www.statcan.gc.ca).
- Lippel K. 1997. *Indemnizaciones laborales y Estrés. Género y acceso a la cobertura*. Quadern Caps 26: 98-105.
- Lippel K. 1999. *Workers' compensation and stress: Gender and access to compensation*. International Journal of Law and Psychiatry 22: 79-89.
- Lippel K, Messing K., Stock S. y Vézina N. 1999. *La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit*. Windsor Yearbook of Access to Justice XVII: 35-86.
- Lippel K. 2001. *Les agressions au travail: un même traitement pour les travailleurs et les travailleuses?* Recherches féministes 14(1) : 83-108.
- Lippel K. 2002. *La notion de lésion professionnelle*, 4ième édition. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 428 pp.
- Lippel K. 2003. *Compensation for musculo-skeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?* International Journal of Health Services 33(2) : 253-281.
- Lippel K. 2004a. *La protection défaillante de la santé des travailleurs autonomes et des sous-traitants en droit québécois de la santé au travail*. Santé, société, solidarité 2 : 101-110.
- Lippel K. 2004b. *Le travail atypique et la législation en matière de santé et sécurité du travail*. Développements récents en santé et sécurité du travail 201. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 307-383.

- Lippel K. y Caron J. 2004. *L'ergonomie et la réglementation de la prévention des lésions professionnelles en Amérique du Nord*. Relations Industrielles/Industrial Relations 59(2) : 235-272.
- Lippel K., Bernstein S., Messing K. 2004. *Travail atypique : Protection légale des conditions minimales d'emploi et de la santé*, rapport synthèse soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture dans le cadre du programme des actions concertées portant sur le travail atypique, la mutualisation du risque, la protection sociale et les lois du travail. Université du Québec à Montréal. le 31 mars 2004. 62 pages. (en línea : http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/recherche/archives/i_rapports.html)
- Lippel K. 2005. *Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles*. PISTES 7(3) : en línea : <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a13.htm>
- Lippel K. y Lefebvre M.-C. 2005. *La réparation des lésions professionnelles : analyse jurisprudentielle*. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 634 pp.
- Lippel K, Lefebvre M.-C., Schmidt C. y Caron J. 2005. *Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Service aux collectivités de l'UQAM. 64 pp. (en línea : http://www.juris.uqam.ca/dossiers/traiter_reclamation.htm)
- Lippel K. (en impresión). *L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail au Québec*. Santé, société, solidarité.
- Marshall K. 2003. *Les avantages de l'emploi*. L'emploi et le revenu en perspective/Statistique Canada 4(5) : 5-14.
- Messing K. y Boutin S. 1997. *La reconnaissance des conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail*. Relations industrielles/ Industrial Relations 52(2): 333-362.
- Messing K. y Seifert A.M. 2001. *Listening to women: Action-oriented research in ergonomics*. Arbete och Hälsa 17 : 93-104.
- Messing K. (dir) 2002. *El trabajo de las mujeres: Comprender para transformar*. Madrid: Catarata.
- Messing K. y Ostlin P. 2006. *Gender Equality, Work and Health : A Review Of The Evidence*. Geneva : World Health Organisation.
- Messing K. y Stellman J.M. 2006. *Sex, gender and health: the importance of considering mechanism*. Environmental Research 101(2):149-162.
- Ministère des affaires étrangères et du commerce international (MAECI a). 2006. *Septième rapport annuel sur le commerce international au Canada : Le point sur le commerce*. Canada : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux. p 26. (en línea : www.international.gc.ca/eet/trade/sot_2006/sot-2006-fr.asp#aiv19)
- Ministère des affaires étrangères et du commerce international (MAECI b). 2006. (sitio web : www.international.gc.ca.)
- Ministère des finances du Québec. 2005. *Le vêtement et le textile au Québec : Deux industries face à des défis considérables*. Études économiques, fiscales et budgétaires 1(4). 6 pp. (en línea : www.finances.gouv.qc.ca).
- Ministère du travail du Québec. 2001. *Évaluation de la pertinence de maintenir le secteur manufacturier dans le champ d'application de la Loi sur les décrets de convention collective*. Québec. 89 pp. (en línea : http://www.travail.gouv.qc.ca/publications/rapports/sect_manuf.pdf).
- Ostry A.S. 2001. *International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada*. International Journal of Health Services 31(3): 475-480.
- Peck J.A. y Theodore N. 2002. *Temped Out? Industry Rhetoric, Labor Regulation and Economic Restructuring in the Temporary Staffing Business*. Economic and Industrial Democracy 23(2): 143.
- Reiter E. 2002. *Fast-food work in Canada: working conditions, labour law and unionization* en T. Royle y B. Towers (Editeurs) *Labour Relations in the Global Fast Food Industry*. London : Routledge. pp. 30-47.
- Salah M.M. M. 2001. *La mise en concurrence des systèmes juridiques nationaux : Réflexions sur l'ambivalence des rapports du droit et de la mondialisation*. Revue internationale de droit économique 3 : 251-302.

- Seifert A.M. y Messing K. 2006. *Cleaning up after globalization: An ergonomic analysis of work activity of hotel cleaners*. *Antipode* 38(3) : 557-577.
- Scherzer T, Rugulies R, Krause N. 2005. *Work-related pain and injury and barriers to workers' compensation among Las Vegas hotel room cleaners*. *American Journal of Public Health* 95: 483-488.
- Stock S., Tissot F., Messing K., Goudreau S. 2003. *Can 1998 Quebec Health Survey data help us estimate underreporting of Workers' Compensation lost-time claims for musculoskeletal disorders of the neck, back and upper extremity?* Libro de resúmenes, 2do congreso anual de la Canadian Association for Research in Work and Health. Montréal, Octubre 2003. p 68. (en línea: http://www.usherbrooke.ca/handicap/fr/congres/livrebreges_bookabstract_CARWH_2003.pdf)
- Tucker E. 2004. *Great Expectations Defeated ? : The Trajectory of Collective Bargaining Regimes in Canada and the United States Post-NAFTA*. *Comparative Labor Law and Policy Journal* 26: p 97.
- Vallée G. 2005. *Pour une meilleure protection des travailleurs vulnérables : des scénarios de politiques publiques*. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. 81 pp. (en línea : <http://www.cprn.org/fr/doc.cfm?doc=1193>).
- Verge P. (con la colaboración de S. Dufour) 2003. *Configuration diversifiée de l'entreprise et droit du travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Vosko L.F. (Editores.) 2006. *Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada*. Montréal/Kingston : McGill Queens University Press.
- Vosko L.F., Zukewich N. y Cranford C. 2003. *Le travail précaire : une nouvelle typologie de l'emploi*. *L'emploi et le revenu en perspective/Statistique Canada* 15(4) : p 17.
- Yalnizyan A. 2007. *The rich and the rest of us: The changing face of Canada's growing gap*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. p 54.
- Zeytinoglu U. y Khasiala Muteshi J. 2000. *Gender, Race and Class Dimensions of Nonstandard Work*. *Relations Industrielles/Industrial Relations* 55(1) : p 133.