

CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS MUJERES Y SU IMPACTO EN LA SALUD

estudios



comisiones obreras de Madrid

CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS MUJERES Y SU IMPACTO EN LA SALUD

estudios • comisiones obreras de madrid

CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS MUJERES Y SU IMPACTO EN LA SALUD

DICIEMBRE DE 2012

PROMUEVE: CCOO DE MADRID

DIRIGE: Secretaría de Salud Laboral
www.saludlaboralmadrid.es

EDITA: EDICIONES GPS MADRID
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
TEL. + 34 91 527 02 29
www.edicionesgps.es

DEPÓSITO LEGAL: M-41778-2012

IMPRESIÓN: UNIGRÁFICAS GPS
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
TEL. + 34 91 527 54 98 / 91 536 53 31
www.unigraficas.es

III Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de La Comunidad de Madrid (2008 - 2011)

Cofinanciado por el Fondo Social Europeo

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del III Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2008-2011) y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

“No se hace sino que se deviene mujer”
Simone de Beavoir

Presentación.....	7
1. Introducción	9
2. Género y salud.....	13
Concepto de salud	15
Conceptos de género y sexo.....	16
Género y salud: algunas formas de relacionarse.....	17
3. Marco normativo de protección de la mujer en el trabajo	19
4. Desigualdades de género, condiciones de trabajo, vida y salud	27
Las dificultades de acceso y permanencia en el mercado de trabajo ..	30
La precariedad en el empleo femenino	30
Mayor número de trabajadoras con contrato a tiempo parcial	31
Segregación sexual en el empleo.....	31
Invisibilidad del trabajo doméstico y la salud	34
Acoso sexual.....	37
5. Situación de la mujer trabajadora en la Comunidad de Madrid.....	43
6. Los riesgos laborales desde una perspectiva de género: ergonómicos, químicos y psicosociales	55
Riesgo ergonómico y lesiones músculo esqueléticas.....	59
Riesgo químico.....	68
Riesgo psicosocial.....	79
7. Estrategias de acción sindical	81
8. Reproducción, embarazo y lactancia.....	91
Tutela de la salud reproductiva y maternidad	96
Actuación ante la presencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia	105
Gestión de la prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia natural	108
Propuestas para la negociación colectiva.....	112
Prevenir sin discriminar	113
9. Daños a la salud	115
Accidentes de trabajo.....	119

Enfermedades profesionales.....	122
Percepción sobre los daños a la salud	139
10. Análisis cualitativo: percepción del impacto de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres.....	141
11. Conclusiones.....	155
12. Bibliografía	161

PRESENTACIÓN

En las últimas décadas hemos asistido a formulación de leyes para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, que suponen un avance considerable para corregir las situaciones de discriminación directa o indirecta a que todavía se ven sometidas las mujeres. Sin embargo, a pesar de la igualdad formal, no podemos hablar de igualdad real.

Es cierto que las mujeres han avanzado de forma importante si miramos atrás solamente cuarenta años, en que incluso trabajar fuera del hogar se consideraba incorrecto; prueba de ello es el reconocimiento en lo formal del derecho a ser iguales. Pero eso no se traduce en un trato igualitario.

Son muchas las empresas en las que continúan inclinándose por los hombres tanto en los procesos de selección como en los de promoción, diferenciándose igualmente las tareas a realizar; las mujeres perciben salarios sensiblemente inferiores a los de los hombres por realizar trabajos de igual valor; la temporalidad tiene rostro de mujer y sigue siendo una práctica habitual la de no renovar contratos a mujeres embarazadas.

Como tantos otros temas, el de la salud laboral se aborda sin tener en cuenta la perspectiva de género, lo que nos suele llevar a incurrir en el frecuente error de ofrecer una visión androcéntrica de la salud en el trabajo.

Sin embargo, diferencias sociales, laborales y biológicas entre hombres y mujeres justifican ampliamente la necesidad de incorporar la dimensión de género en la práctica preventiva. Se hace imprescindible abordar de forma conjunta las dimensiones mujer, salud y trabajo para avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo, salud y vida de las mujeres, permitiéndonos ir más allá de la protección de la salud reproductiva y de la maternidad. El concepto de trabajo, asalariado y no asalariado, así como los factores psicosociales y otros relacionados con la doble presencia o la distribución de ocupaciones por sexo son aspectos que han de ser tenidos en cuenta, con una nueva mirada, tanto de los problemas como de las soluciones.

Desde la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid entendemos que es necesario profundizar en todas y cada una de las causas del problema, en todos los factores que inciden para poder plantear y desarrollar estrategias que nos permitan cambiar esta realidad.

Y de aquí nace este estudio con el objetivo de ser una herramienta útil para el trabajo colectivo y sirva para avanzar en la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres de nuestra Comunidad.

Por último, quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este proyecto contestando a nuestras preguntas para conocer mejor la opinión que sobre las “Condiciones de trabajo de las mujeres y su impacto en la salud” tienen y poder, con ello, enriquecer este estudio, así como a los técnicos y sindicalistas que han sabido pilotarlo .

Madrid, diciembre de 2012

Carmelo Plaza Baonza

Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Pilar Morales Pacheco

Secreatria de Mujer y Cooperación

1. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

Las condiciones de trabajo influyen de manera decisiva en la vida y la salud de las personas, condiciones que se distribuyen de forma muy desigual, así aspectos como la clase social, el género, y en menor medida la edad y la etnia determinan la relación entre trabajo y salud. Una realidad que ha sido ignorada por la cultura predominante de la prevención, basada en una falsa homogeneidad de la población trabajadora.

El objetivo de este estudio es el de contribuir a visualizar las diferencias de salud entre hombres y mujeres, construidas a partir de las diferencias de género y diferencias biológicas, incorporándolas a la investigación, a la asistencia sanitaria y a la práctica de la prevención, avanzando en la identificación de riesgos específicos de género, así como en la incorporación del género en toda la práctica preventiva, en definitiva, avanzando en la defensa de mejores condiciones de trabajo y salud para las mujeres.

Tradicionalmente, la investigación sobre la influencia del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas:

Por un lado, la epidemiología laboral ha centrado su atención en los riesgos de seguridad e higiene y en los trabajos manuales donde se dan estos riesgos, que son más propios de los hombres que de las mujeres.

De manera paralela, la investigación sobre desigualdades sociales en salud sitúa la estratificación ocupacional como principal elemento diferenciador entre hombres y mujeres. Sin embargo, no se han tenido en cuenta otros aspectos diferenciadores como los roles adquiridos, situación laboral, estado civil o de convivencia y paternidad o maternidad, donde los papeles de esposa y madre han sido centrales y el empleo se consideraba un rol adicional.

En muchas ocasiones, hablar de salud laboral y mujer significa hablar de problemas de salud reproductiva, relacionados con las diferencias biológicas entre ambos sexos, tratando de proteger la salud del feto más que la de la propia trabajadora. Pero la consideración de la relación entre trabajo y salud en las mujeres requiere ampliar este marco de análisis.

La entrada en el mercado laboral de las mujeres de forma masiva junto con los extraordinarios cambios en la producción, en la organización del trabajo y en el propio mercado laboral, requieren ampliar el campo de investigación a los riesgos ergonómicos y psicosociales, incrementando el interés por un colectivo tradicionalmente olvidado, la mujer trabajadora.

2. Salud y género

2. SALUD Y GÉNERO

Concepto de salud

Existen diversas maneras de aproximación al concepto de salud. Fue en el año 1946, en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, cuando el pionero croata de la salud pública Andrija Stampar, formuló la definición marco de esta organización: **“la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades”** (OMS 1946). Esta definición supuso un importante avance en la incorporación de los aspectos sociales y emocionales al anterior y estricto marco biomédico, en donde el proceso de enfermedad se enfocaba a partir del individuo/paciente, sin tener en cuenta la importancia de los contextos macro y micro sociales o aspectos emocionales.

Sin embargo, tuvieron que pasar más de 20 años para que, en el año 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (Kazajistán), se legitimara esta noción integral de salud y que a ello se agregara el concepto de que la salud “es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo”; aparte, el texto reitera que la consecución de estos objetivos “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud”.

En este contexto, es muy importante destacar que los principales ejes que estructuran las desigualdades sociales en salud son el género, la posición socioeconómica, el lugar de origen y la disponibilidad y accesibilidad a la atención sanitaria. Otras variables que afectan de manera esencial la salud de las personas son la identidad sexual o el apoyo social. En definitiva, es necesario para tener una perspectiva integral de salud, incluir la realidad sociocultural de las personas, así como sus particularidades biológicas.

Conceptos de género y sexo

Entre las muchas definiciones utilizadas para describir el concepto de género, podríamos decir que el género es “la manera como las mujeres y los hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la feminidad y masculinidad hegemónicos en un determinado momento histórico y según las *normas* culturales del lugar y sociedad donde viven”. (Rohlf, Valls-Llobet y Pérez, 2005).

Así, mientras el sexo hace referencia fundamentalmente a los factores biológicos y fisiológicos, el género implica las diferentes normas culturales que determinan las expectativas, comportamientos y roles, así como las desigualdades estructurales del acceso a los recursos entre mujeres y hombres. 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 (Scott, 1988).

Además, el género puede ser entendido también como perspectiva, con un significado más amplio. La perspectiva de género según la Comisión Europea (1988), “toma en consideración y presta atención a las diferencias entre hombres y mujeres en cualquier actividad o ámbito dados de una política”. Es decir, se trata no solo de analizar los aspectos de género, sino de introducir de forma sistemática en la estructura, en las políticas y planes, y en las actuaciones, acciones que permitan reducir las inequidades entre hombres y mujeres, y promover la igualdad en el reconocimiento y en el ejercicio del derecho de unos y otras. Cualquier actuación con perspectiva de género se desenvolverá en un marco más real y por tanto se ajustará más a las verdaderas necesidades de la población.

No debemos confundir pues, “sexo” con “género” con mujer: la perspectiva de género otorgará una doble mirada sobre la realidad que viven hombres y mujeres, y buscará el camino para reducir las inequidades y mejorar la situación de unos y otras.

Género y salud: algunas formas de relacionarse

“A pesar de que «el pensar del mundo es masculino» y de que muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina, las diferencias que existen entre hombres y mujeres sólo son posibles de entender a través de los estudios de género que tienen en cuenta, además de los factores biológicos ligados al sexo, los factores sociales que afectan de manera desigual a mujeres y a hombres”.

Isabella Rohlf¹

Son muchos los estudios médicos y epidemiológicos que se han centrado en una población exclusivamente de hombres. El patrón adoptado tiene el perfil de un hombre blanco, de complexión anglosajona y de mediana edad. La inclusión de ambos sexos en los estudios estadísticos y el análisis desagregado por sexos evidencia circunstancias e interrelaciones entre variables únicas para mujeres y únicas para hombres. Pero, lo que diferencia el abordaje de género, es el análisis crítico de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que éstas también generan desigualdades sociales en salud.

Según estudios realizados por la Universidad de Gerona², para entender las premisas que estructuran las desigualdades de género en la salud es importante subrayar que éstas son el resultado de las relaciones de poder que interactúan con la biología para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidad y tratamiento; igualmente una concepción integral de la salud incluye los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones y las condiciones materiales del entorno.

Teniendo en cuenta estas dos definiciones, las relaciones entre salud y género podrían quedar representadas de una manera esquemática en la **Figura 1**. Los procesos de socialización, los diferentes roles adquiridos y normas que son desiguales para mujeres y hombres incidirán tanto en la estructura de oportunidades como en la división sexual de los trabajos y en la normalización de la estructura

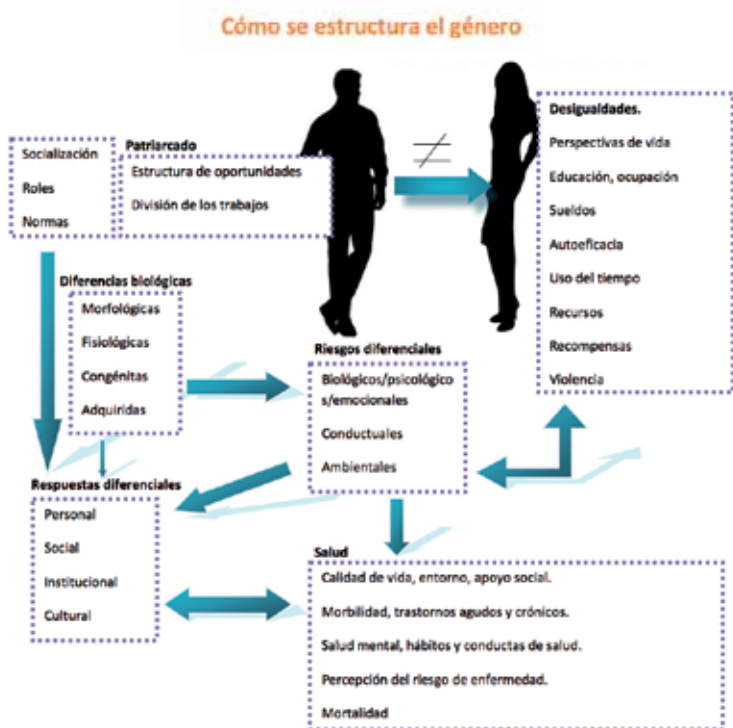
1. Isabella Rohlf: Artículo “Género y salud: diferencias y desigualdades”. 2007

2. Información extraída del “Programa de Formación de Formadores y Formadoras en Perspectiva de Género en Salud”. Universidad de Gerona.

patriarcal. De esta manera se manifiestan desigualdades sociales en cuanto a las perspectivas de vida tales como la educación, la ocupación, los sueldos y el estatus y la organización y realización del trabajo reproductivo.

Tanto las desigualdades sociales como las diferencias biológicas generarán riesgos diferentes que serán mejor o peor afrontados, dependiendo de la respuesta individual, influenciada tanto por la sociedad como por la cultura, el entorno emocional y psicológico o por las normativas institucionales. La salud o la enfermedad estarán reflejando la calidad de vida de las personas, sus características personales y hereditarias y principalmente, la interacción entre la persona y la sociedad.

Figura 1. Recorrido de cómo la estructura social del género y las diferencias biológicas inciden en la salud³



3. "Programa de Formación de Formadores y Formadoras en Perspectiva de Género en Salud". Universidad de Girona.

3. Marco normativo de protección de la mujer en el trabajo

3. MARCO NORMATIVO DE PROTECCIÓN DE LA MUJER EN EL TRABAJO

La protección de la seguridad y la salud de las mujeres en el ámbito laboral viene amparada por la normativa internacional, europea y nacional. El origen de esta tutela está en la legislación internacional. En concreto en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** -aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1948- y en el **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966** -ratificado por España el 13 de abril de 1977-, donde se anuncian referencias expresas en relación a la protección de las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Por otra parte, esta protección laboral de la mujer se ha ido ampliando progresivamente a otros aspectos más allá de la función estrictamente reproductiva. De esta forma, la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres” (1979), recoge explícitamente el derecho de las mujeres a tener unas condiciones de seguridad y salud adecuadas en el puesto de trabajo.

En el **ámbito internacional**, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) destaca por su interés en proteger la seguridad y la salud de la mujer trabajadora mediante la elaboración de numerosos convenios y recomendaciones, que han configurado un bloque normativo específico que sirve de referencia para el ordenamiento de los países miembros de la Unión Europea. Cabe señalar:

- **La Resolución adoptada por la OIT en 1985, sobre igualdad de oportunidades y de trato para los trabajadores y las trabajadoras en la ocupación.** Defiende una protección integral de la salud de las mujeres y los hombres frente a los riesgos inherentes a su profesión.
- **El Convenio 183 y la Recomendación 191 (2000), ambos sobre protección de la maternidad,** en los que se mantienen los principios fundamentales de protección y se amplía su campo de aplicación a todas las mujeres trabajadoras, incluyendo aquéllas que desarrollan formas atípicas de trabajo dependiente.
- **El Convenio 156 y la Recomendación 165, sobre personas trabajadoras con responsabilidades familiares.** El objetivo de la OIT con este Convenio es que todas las personas trabajadoras tengan el deber de afrontar y ejercer las responsabilidades familiares sin ser objeto de ningún tipo de discriminación.
- **Las conclusiones de la Reunión de expertos celebrada en 1989, sobre medidas especiales de protección para las mujeres e igualdad de oportunidades de trato.** En esta reunión se concluyó que las medidas de protección especial establecidas únicamente para las mujeres, especialmente en relación con trabajos peligrosos, penosos e insalubres, son incompatibles con el principio de la igualdad de oportunidades y de trato, a menos que hayan sido establecidas en función de la condición biológica de las mujeres.



La OIT, además, ha creado en su página web, www.ilo.org, un enlace o link de Género desde donde se puede acceder a los aspectos más importantes relacionados con este tema.

(http://www.oit.org.ar/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=612&Itemid=476)

En el **ámbito comunitario**, inicialmente se hizo hincapié en la legislación sobre la protección de la salud reproductiva de las

mujeres; si bien, la Unión Europea siempre planteó que si se quería mejorar la aptitud para la ocupación y la calidad de la vida profesional, era necesario progresar en el ámbito de la igualdad de género y tener más en cuenta los aspectos de salud y seguridad específicos de las mujeres. Destacan:

- **La Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz o en período de lactancia.** Esta directiva fija las directrices para la evaluación de los riesgos vinculados a los agentes químicos, físicos o biológicos, así como movimientos repetitivos, posturas forzadas y cargas físicas y mentales. Además, prevé las medidas para proteger a las mujeres embarazadas, que hayan dado a luz o que estén en período de lactancia, contra estos riesgos y prohíbe completamente la exposición a determinados agentes químicos, físicos o biológicos.
- **La Nueva Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012).** Esta estrategia parte de la idea de que las desigualdades pueden afectar a la salud y la seguridad de las mujeres en el trabajo e influir en su productividad.
- **El Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación desarrollo tecnológico y demostración (2007-2013),** en el que se pretenden integrar los aspectos de género en la investigación sanitaria y hacer hincapié en éste como factor determinante clave en la salud, reconociendo la necesidad de acabar con las desigualdades de salud relacionadas con aspectos sociales y económicos que puedan existir en los estados miembros.
- **Informe del año 2003 de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo,** en el que se destacaba que la adopción de un enfoque neutral desde la perspectiva de género y, especialmente, en la evaluación de riesgos y en la prevención, puede comportar que las mujeres trabajadoras sean infravaloradas o ignoradas en materia de seguridad y salud en el trabajo.

En el **ámbito nacional**, la seguridad y la salud de la mujer trabajadora constituyen un derecho fundamental. En concreto,

la Constitución Española de 1978, en el artículo 14, establece que:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

Este artículo suponía la supresión de aquellas normas que prohibían determinados trabajos a las mujeres, acabando con las trabas a la incorporación de la mujer al mercado laboral.

A partir de este momento, las normas encaminadas a proteger la seguridad y la salud de la mujer trabajadora sólo pueden basarse en razones biológicas derivadas del embarazo, la maternidad o la lactancia y nunca en las diferencias de sexo.

Posteriormente, se han ido publicando normas en el ámbito preventivo que siguen en la línea de la protección de la mujer trabajadora y, en concreto, sobre la protección de la maternidad. Destacan:

- **La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)** que establece el deber del empresario de garantizar una protección eficaz e integral en materia de seguridad y salud para el conjunto de la población trabajadora y otorga una protección específica a determinados colectivos que se consideran especialmente sensibles a ciertos riesgos como consecuencia de su estado biológico. Asimismo, el artículo 26 de la misma ley está dirigido a la protección de la seguridad de la trabajadora embarazada, la de parto reciente o en período de lactancia que partiendo de una previa evaluación de riesgos establece diversas medidas dirigidas a la prevención de riesgos derivados del trabajo.

“La evaluación de riesgos... deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico”.

- **La Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres** que supone la incorporación del principio de transversalidad de género en el ámbito de la salud. Por un lado, el artículo 27 dispone que las políticas, estrategias y programas de salud tienen que integrar, en su formulación, desarrollo y evaluación, las diferentes necesidades de las mujeres y los hombres, así como las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. Por otra parte, la disposición adicional duodécima de la citada ley establece la modificación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales en determinados aspectos relacionados con la salud de las mujeres trabajadoras. Concretamente, añade un nuevo apartado que establece que las administraciones públicas tienen que promover la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres.

Para que esto sea posible, las administraciones públicas deberán considerar *“las variables relacionadas con el sexo tanto en los sistemas de recogida y tratamiento de datos como en el estudio e investigación generales en materia de prevención de riesgos laborales, con el objetivo de detectar y prevenir posibles situaciones en las que los daños derivados del trabajo puedan aparecer vinculados con el sexo de los trabajadores”*.

La Ley de Igualdad también ha ampliado la protección de la salud de las mujeres embarazadas al período de lactancia natural. Y, además, hace referencia al acoso sexual y por razón de sexo, el cual se define como una conducta discriminatoria.

Figura 2. Marco normativo de protección de las mujeres en el trabajo



4. Desigualdades de género, condiciones de trabajo, vida y salud

4. DESIGUALDADES DE GÉNERO, CONDICIONES DE TRABAJO, VIDA Y SALUD

Como se vio en el anterior capítulo referido al marco legislativo, los problemas de salud laboral que afectan a las mujeres han recibido siempre menos atención que los de los hombres, quedando reducidos a problemas relacionados con la salud reproductiva, cuyo objetivo preventivo está enfocado a proteger la salud del feto más que la de la propia trabajadora. Ahora bien, la consideración de la relación entre el trabajo y la salud en las mujeres requiere un análisis más amplio.

Los trabajadores y las trabajadoras presentan diferencias biológicas, pero también difieren en la situación laboral, el tipo de ocupación y las funciones y responsabilidades asignadas.

Las diferencias de género provocan desigualdades entre un sexo y otro que sitúan a las mujeres en una posición de mayor precariedad laboral. Estas desigualdades son causadas, principalmente, por el sistema sexo-género, que atribuye a las personas unas cualidades y unas habilidades diferentes según el sexo (estereotipos de género) y por la división sexual del trabajo, que ha asignado a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y de cuidado, y a los hombres, el trabajo productivo y remunerado. Esta estructuración social ha provocado desigualdades de género en el mercado de trabajo que condicionan la exposición a los riesgos laborales.

El análisis de la salud laboral de las mujeres requiere, por tanto, tener en cuenta estos factores para conocer cuáles son los riesgos a los que están expuestas y por qué. Riesgos que están determinados, fundamentalmente, por las dificultades de acceso y permanencia en el mercado laboral, la precariedad y la segregación sexual en el empleo.

Las dificultades de acceso y permanencia en el mercado de trabajo

En las últimas décadas se ha producido un incremento en la tasa de actividad femenina⁴, aunque no toda esta incorporación a la actividad laboral se ha traducido en ocupación, dado que el desempleo afecta más a las mujeres, incluso en períodos concretos como el actual protagonizado por la crisis económica. En este sentido cabe destacar que las trabajadoras madrileñas presentan una tasa de actividad del 57,30 por ciento frente al 70,96 por ciento de los hombres, es decir, 13,66 puntos porcentuales menos.

Además, las mujeres continúan siendo las más afectadas por el desempleo de larga duración. En la Comunidad de Madrid, de las personas que llevan entre tres y cuatro años en desempleo, el 58,1 son mujeres y el 41,9 por ciento son hombres. En cuanto a la búsqueda del primer empleo, las mujeres están por delante de los hombres en 10 puntos porcentuales.

Un aspecto que a menudo queda relegado a un segundo plano es el impacto que tiene en la salud la pérdida o la falta de trabajo remunerado. Hay una amplia evidencia científica que asocia el desempleo con diferentes problemas de salud, sobre todo de tipo mental, pero también con trastornos de salud física. El desempleo significa, en primer lugar, la disminución de los ingresos económicos, pero también, en muchos casos, la pérdida de estatus social, de autoestima, de actividad física y mental, así como de la capacidad de tomar decisiones.

La precariedad en el empleo femenino

La contratación temporal es más frecuente entre las mujeres. Así, la ocupación a tiempo completo sigue arrojando diferencias negativas

4. La tasa de actividad femenina es el porcentaje de mujeres en edad de trabajar que se encuentra ocupadas o sin empleo pero en búsqueda del mismo.

El término **segregar** referido a personas significa separar o apartar a alguien de algo. Cuando la persona que es “segregada” es una mujer trabajadora, hablamos de segregación sexual en el empleo. Ésta implica un acceso diferencial a ocupaciones y puestos de trabajo y, también a ramas y categorías profesionales. Es decir, que las mujeres tienen serias dificultades para acceder a actividades relacionadas con el sector de la construcción (están, salvo raras excepciones, presentes en el trabajo administrativo), agricultura (si lo están es en la economía sumergida) y a determinadas actividades de la industria (se relegan al trabajo administrativo, tareas repetitivas y minuciosas como en textil). Y, por el contrario, son espacios mayoritarios ocupados por mujeres aquellas ramas de actividad donde el trabajo implica el desarrollo de tareas tradicionalmente asignadas a las mujeres en el ámbito familiar y social: educación, sanidad, textil, servicios de limpieza, restauración y hostelería, etc.

Esta forma de discriminación por razón de género afecta a la carrera profesional de la mujer trabajadora, a sus condiciones laborales y con ello su estado de salud. Al mismo tiempo que condiciona sus opciones en la vida privada.

Son dos formas de segregación las que las mujeres sufren en su vida laboral: la segregación vertical y la horizontal.

Segregación horizontal

La segregación horizontal hace referencia a la **menor ocupación de mujeres en determinadas profesiones, por las dificultades de acceso que se les imponen a las mismas y porque tradicionalmente se les asignan otras que se entienden propias de su sexo**. Por tanto, esta segregación implica, por un lado, que las mujeres se tengan que enfrentar a determinadas barreras de entrada para desarrollar cargos tradicionalmente entendidos y asumidos como “masculinos” y, por otro, que las mujeres se concentren predominantemente en ocupaciones que se entienden “femeninas”.

Aunque desde una visión estereotipada se podría pensar que la segregación sexual en el trabajo es debida a una tendencia “natural” basada en diferencias biológicas entre hombres y mujeres, esta idea sesgada se contradice con la realidad empírica de muchas mujeres que trabajan en ocupaciones que requieren mover cargas físicas, conocimientos y habilidades tecnológicas u horarios no estándares.

cargos de decisión. Una de las principales causas son las dificultades de conciliación de la vida personal y laboral así como la falta de corresponsabilidad en las tareas domésticas y de cuidado.

La segregación vertical se acentúa por el hecho de que las mujeres son las que trabajan en mayor proporción en jornada a tiempo parcial y porque a menudo quedan excluidas de las redes, tanto formales como informales, que son imprescindibles para la promoción profesional dentro de las empresas.

Invisibilidad del trabajo doméstico y la salud

La salud laboral se ha centrado tradicionalmente en la exposición a riesgos de seguridad, higiene y en menor grado a riesgos ergonómicos y psicosociales, pero ha olvidado la influencia del trabajo doméstico y familiar sobre la salud. **Igual que el trabajo remunerado, el no remunerado implica la exposición a riesgos de seguridad, de higiene, ergonómicos y psicosociales**, pero los accidentes y las enfermedades relacionados con el trabajo doméstico y familiar no se recogen ni se previenen de manera generalizada. El ámbito doméstico puede ser una fuente de exposición a sustancias químicas peligrosas: por ejemplo, es conocida la relación entre el trabajo de limpieza y el asma. El trabajo doméstico implica también la exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales tales como los relacionados con el cuidado de personas mayores y/o con discapacidad que, además de un esfuerzo físico y mental suponen a menudo una carga emocional.

El trabajo remunerado es una fuente de estatus, poder y oportunidades, sin embargo, el trabajo doméstico y familiar está socialmente infravalorado.

De manera que la salud física y psíquica de las mujeres está condicionada por determinantes sociales que le obligan a asumir el trabajo doméstico y el papel de cuidadoras con independencia, como se verá más adelante, de que la mujer realice además una actividad remunerada y de cuán alta cualificación sea la misma.

Lo cual lleva a la reflexión de la necesidad de profundos cambios en la distribución de roles y en la importancia de la socialización para la corresponsabilidad.

Doble presencia

Por doble presencia se entiende, **no sólo la ejecución del trabajo doméstico combinado con el trabajo remunerado, sino también la planificación, organización y gestión del tiempo y recursos que requiere esta “compatibilización” y que siempre recaen sobre la mujer.**

La doble presencia tiene, por tanto, dos dimensiones:

1. **El volumen de trabajo (o demandas)** que se debe responder, y que, normalmente, se traduce en un mayor volumen de tiempo e intensidad de los trabajos.
2. **El conflicto que se genera** cuando las demandas de los dos espacios (asalariado y doméstico-familiar) aparecen de manera simultánea y hay que darles respuesta con la misma urgencia.

Por tanto, las mujeres soportan, de forma cotidiana, una carga de trabajo doble, que influye en su salud y determina sus posibilidades de empleo y de desarrollo profesional. Esta cotidianidad está enmarcada en una organización del tiempo de trabajo que favorece a los hombres y de una realidad socio cultural que les libera del trabajo doméstico. De tal manera que todavía son minoría los hombres que realizan tareas de este ámbito y, generalmente, bajo una perspectiva patriarcal de “ayudar/ colaborar” a la mujer en unas tareas que no se sienten de responsabilidad propia.

La doble presencia implica una gran dificultad para las mujeres, que tienen que responder ante una doble responsabilidad: hacia su familia y hacia su independencia económica, representada por el trabajo. Por ello la doble presencia implica también una doble ausencia, ya que se produce la sensación de que no se atiende plenamente ninguno de los dos ámbitos, lo que provoca **frustración y estrés**.

Según los estudios realizados por el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud de CCOO (ISTAS), sobre exposición a riesgo psicosocial en la población española, la doble presencia está relacionada principalmente con el sexo mujer, la ejecución del trabajo doméstico-familiar, así como la convivencia con menores y personas discapacitadas. Se observa, además, una

importante relación con variables relacionadas con el trabajo asalariado entre las que destacan: las exigencias psicológicas y emocionales altas, el apoyo social bajo, la jornada partida, la jornada de noche e irregular/rotatoria, el alargamiento de jornada y la no posibilidad de decidir sobre el horario de trabajo⁵.

Según el mismo estudio la doble presencia también se expresa según clase social, y se explica por la posibilidad de la ayuda doméstico-familiar pagada.

Merece una mención especial la prolongación de jornada y el control de los tiempos de trabajo. Éste último representa una ventaja en relación con las condiciones de trabajo (decidir cuándo se hace una pausa, se habla con el compañero, etc.) y también con las necesidades de conciliación de la vida laboral y familiar (ausentarse del trabajo para atender exigencias familiares, escoger días de vacaciones, etc.).

En cuanto a la repercusión de la doble presencia en las trabajadoras, cabe destacar que aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres presentan una mayor morbilidad, lo que genera un amplio campo de investigación. En ocasiones se ha atribuido esta paradoja a las diferencias biológicas entre ambos sexos, pero cada vez es mayor el interés por analizar la influencia que nuestros distintos roles sociales tienen sobre nuestra salud.

En el cuestionario sobre riesgos psicosociales CoPsoQ-istas 21, aparecen 30 preguntas relacionadas con la percepción de salud y estrés. En concreto la dimensión de doble presencia se asocia significativamente con cuatro dimensiones de efecto para las mujeres y con una para los hombres (síntomas cognitivos de estrés):

- **Salud mental.** Es uno de los aspectos más importantes de la salud de una persona y para la mayoría de la gente es en sí un pilar central de la calidad de vida. Una mala salud mental puede ser el origen de una serie de consecuencias negativas para la salud.
- **Vitalidad.** Significa el extremo bueno de una dimensión que va desde la extenuación y fatiga hasta la eficacia en las facultades vitales con un alto grado de energía.

5. Información extraída del curso “*Mujeres y Salud Laboral*” (Istas. CCOO) 2012.

- **Síntomas cognitivos del estrés.** Dificultades de concentración, de memoria, de pensar de forma lógica y clara, etc.
- **Conductuales del estrés.** Son las distintas formas de conducta que se relacionan con el estrés: nerviosismo, irritabilidad, agobio, insomnio, etc.

Se ha demostrado que las personas que están obligadas a esconder sus sentimientos en el trabajo tienen peores indicadores de salud mental, menor vitalidad y síntomas cognitivos y conductuales del estrés.

Además, hay que sumar las dificultades para que las mujeres puedan disponer de tiempo para el descanso, realizar actividades físicas, disfrutar del tiempo de ocio, etc.

Acoso sexual

El **acoso sexual** es la manifestación de conductas compulsivas, como solicitudes de favores sexuales con distintas formas de manifestación dirigidas a un(a) receptor(a) sin tener su consentimiento. Se puede aplicar a ambos sexos o personas del mismo sexo. Puede incluir conductas que impliquen el contacto físico no deseado (tocamientos innecesarios, palmaditas...), conductas verbales (insinuaciones sexuales, insistencia en mantener una relación al margen de la laboral,...) y conductas no verbales (gestos, silbidos,...). El acoso sexual atenta a la dignidad de la persona.

Aunque, como hemos dicho, la víctima del acoso sexual puede afectar a ambos sexos, lo cierto es que debido a pautas culturales y sociales aún vigentes, suelen ser las mujeres quienes sufren este tipo de agresión. Pero no sólo esas pautas determinan que sean las mujeres las principales acosadas sexualmente, sino que su estatus económico también determina este hecho.

De tal manera que se ha comprobado una relación entre la posibilidad de ser víctima del acoso sexual y el grado de dependencia económica y vulnerabilidad de la persona. De hecho, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que las mujeres viudas, separadas, con trabajos de predominancia masculina, con trabajos inestables o recién insertadas al mundo laboral, son quienes tienen mayor probabilidad de padecer esta situación.

En la protección legal de esta situación se han dado pasos muy importantes:

- **En el ámbito comunitario:**
 - *Directiva 2006/54/CEE*, de 5 de julio de 2006, prescribe que el acoso sexual es contrario al principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres.
- **En el ámbito nacional:**
 - *Artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2007*, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece que el acoso sexual es una conducta discriminatoria:

“Cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

- *El artículo 48 de la misma ley* especifica que, con la finalidad de prevenir el acoso sexual, las empresas tendrán que negociar con la representación de los trabajadores medidas como la elaboración y la difusión de códigos de buenas prácticas, así como realizar campañas informativas y de formación.
- La Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) penaliza como infracción muy grave el acoso sexual y la desconsideración de la dignidad de las mujeres trabajadoras por parte de la empresa.

Características del acoso sexual

- **Es indeseado** por parte de la persona objeto de la misma.
- **De naturaleza sexual (verbal o física):** algunos ejemplos: palmaditas, roces, tocamientos innecesarios, insinuaciones, indirectas o comentarios obscenos, flirteos ofensivos, etc. Pudiendo hasta el intento de violación.
- **Persiste** en el tiempo.

- **Crea un entorno intimidatorio, hostil y humillante** para la persona que es objeto de la misma.
- **Lesiona derechos** de diversa índole: la intimidad, la dignidad, la libertad sexual, la igualdad y no discriminación y la protección de la salud en el trabajo.
- **La aceptación o rechazo de tal conducta puede ser utilizado para decidir cuestiones** laborales que afecten a la persona.
- **Afecta en el rendimiento** del trabajo de la persona a quien va dirigida.

Tipos de acoso sexual

Se distinguen dos tipos dependiendo de si existe o no chantaje por parte del acosador:

- **El chantaje sexual**

Se basa en un abuso de poder, por lo que este tipo de acoso **lo ejercen aquellas personas que disfrutan de un mayor rango dentro de la empresa** y tienen autoridad suficiente como para poder perjudicar laboralmente al trabajador (despido, no renovación del contrato, empeoramiento de las condiciones laborales, etc.) que no quiere someterse a sus requerimientos sexuales.

- **El acoso ambiental**

Supone un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para la persona que es acosada. En este caso **el acosador puede ser un superior en la jerarquía pero también otros compañeros, y se produce aunque no exista un requerimiento de tipo sexual**. Por ejemplo, las bromas de carácter sexual.

La mayoría de las mujeres víctimas del acoso sexual han sufrido episodios reiterados y no se puede hablar de incidentes aislados, siendo pocas las que deciden enfrentarse directamente al acosador. Éstas prefieren buscar ayuda entre familiares y amigos antes que sobre la propia organización de la empresa. Para las víctimas del acoso sexual los síntomas están bien definidos: estrés, depresión, falta de autoestima, sentimientos de culpabilidad, trastornos del sueño, fobias, los cuales pueden durar años después de los incidentes.

Consecuencias: daños a la salud

Según una Nota Técnica de Prevención (NTP n° 507) del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, el acoso sexual afecta:

1. **A la salud psicológica:** reacciones relacionadas con el estrés como los traumas emocionales, la ansiedad, ira depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de desesperación y de indefensión, de impotencia, de cólera, de aversión, de asco, de violación, de baja autoestima...
2. **A la salud física:** trastornos del sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, náuseas, hipertensión, úlceras..., en definitiva, sintomatología física asociada a estrés.

Prevención y actuación del acoso en la empresa

Tal y como marca el artículo 48 de la **Ley de Igualdad**⁶, en el cual se determinan las medidas específicas para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo: *“Las empresas deberán promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo y arbitrar procedimientos específicos para su prevención y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto del mismo. Con esta finalidad se podrán establecer medidas que deberán negociarse con los representantes de los trabajadores, tales como la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, la realización de campañas informativas o acciones de formación.”*

Estos procedimientos deben contemplar el asesoramiento, asistencia, investigación y denuncia de los casos. Además, como ya se ha comentado anteriormente, este tipo de acoso está fuertemente relacionado con el acoso por razón de sexo; por lo tanto, la prevención se consigue con acciones basadas en planteamientos de anti-discriminación. Es necesario que todos los trabajadores de la empresa conozcan las consecuencias y sepan identificar las conductas relacionadas con el acoso, para ello es necesario establecer dicho procedimiento de actuación que contemple una serie de

6. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

normas y valores en todos los niveles jerárquicos de la empresa, garantizar que los trabajadores conocen y comprenden estas normas, mejorar la responsabilidad y competencia de la dirección a la hora de abordar conflictos, así como realizar una investigación que indique el alcance y la naturaleza del problema.

Vías legales contra el acoso sexual en las empresas

Legalmente las vías para combatir el acoso sexual en España son la vía constitucional, la vía social y la vía penal:

- A nivel constitucional, y dependiendo de cada caso en concreto, se puede estar incumpliendo varios derechos fundamentales como el “derecho a la intimidad” (art. 18.1 de la **Constitución Española**, CE), “el derecho a la integridad física y moral” (art. 15 CE), el art. 40.2 CE ya que tales derechos pueden afectar la salud de los afectados y el “derecho a la igualdad”.
- En el Real Decreto Legislativo 5/2000, por el que se aprueba la **Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social**, en su capítulo II, referido a Infracciones Laborales, consta como infracciones muy graves en su artículo 8, apartado 13: “el acoso sexual, cuando se produzca dentro del ámbito a que se alcanzan las facultades de dirección empresarial, cualquiera que sea el sujeto de la misma”.
- El **Código Penal**, en su reforma de 1995, introduce por primera vez el término acoso sexual con penas de prisión de hasta un año cuando la víctima sea especialmente vulnerable.

5. Situación de la mujer trabajadora en la Comunidad de Madrid

5. SITUACIÓN DE LA MUJER TRABAJADORA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Una de las transformaciones más importantes acaecidas en el mercado de trabajo se concreta en el cambio ocurrido en la relación de las mujeres con el trabajo remunerado. Sin embargo, más allá de sus decisiones de incorporación y del éxito (ocupación) o fracaso (desempleo) a las que estas decisiones conducen, las mujeres, de una manera que podríamos calificar como tradicional, se han enfrentado a situaciones de desigualdad laboral, una vez obtenido un puesto de trabajo; condiciones de precariedad como la temporalidad, la dificultad para permanecer en el mercado laboral y el desempleo, una peor retribución salarial o la segregación laboral, son algunas de las condiciones que caracterizan el empleo femenino.

Según un informe⁷ elaborado por la Secretaría de la Mujer de CCOO de Madrid, la situación sociolaboral de las mujeres madrileñas, no resulta satisfactoria desde el punto de vista de la igualdad en el mercado laboral, situación que tenderá a agudizarse debido al momento actual protagonizado por una crisis económica, que está marcando una dirección que para nada favorece la igualdad en las relaciones laborales. Veamos algunos datos que corroboran esta situación.

7. "Las mujeres en el mercado de trabajo madrileño", según encuesta EPA, IV Trimestre de 2011. Secretaría de la Mujer de CCOO.

Mujeres en Madrid según la Encuesta de Población Activa (EPA)⁸

Población

La población madrileña, en el III Trimestre de 2012, ascendía a 6.373.700 personas, de las cuales el 48 por ciento (3.076.100) son hombres y el 52 por ciento (3.297.600) mujeres, lo que supone un 4 por ciento más de mujeres que de hombres.

GRÁFICO 1. POBLACIÓN MADRILEÑA



Las mujeres de nuestra Comunidad son, por tanto, mayoría y no un colectivo, pese a que a lo largo de su vida pasan y pertenecen a muchos de ellos, como el colectivo de empleadas, paradas, jóvenes, mayores, madres, discapacitadas, inmigrantes...; todas ellas pertenecen a diferentes colectivos, pero siempre son mujeres.

Población activa

La población activa comprende las personas de más de 16 años que tienen empleo, a las que se suman las que están en desempleo pero tienen cursada una demanda de empleo.

8. Todos los datos analizados en este apartado corresponden a la Encuesta de Población Activa (EPA) para el III Trimestre de 2012.

GRÁFICO 2. POBLACIÓN ACTIVA MADRILEÑA

Las cifras se reparten de la siguiente manera: los hombres en situación activa suponen el 53 por ciento (1.771.900) y las mujeres el 47 por ciento (1.612.500). Se mantiene la proporción con respecto a años anteriores, con la salvedad de que en cifras absolutas la población activa masculina ha descendido en 14.300 personas, mientras que las mujeres activas han aumentado en 32.000 personas, ambos con respecto a 2011. Sin embargo, las mujeres mantienen una diferencia con los hombres en Tasa de Actividad de 13, 66 puntos. Mientras que los hombres alcanzan una tasa de 70,41, las mujeres solo llegan al 59,81. Esto significa que a pesar de ser más en número, las mujeres siguen menos representadas en el mercado laboral.

**GRÁFICO 3. TASA DE ACTIVIDAD
MADRID POR SEXOS**

Población madrileña ocupada

El porcentaje de personas ocupadas se reparten en un 52 por ciento de hombres y un 48 por ciento de mujeres. Aún existe una diferencia de un 6 por ciento en detrimento de las mujeres, aunque el paro ha golpeado a los hombres con más de 70.000 empleos masculinos perdidos con relación a 2011.

GRÁFICO 4. POBLACIÓN MADRILEÑA OCUPADA
CIFRAS EN MILES



Tasa de ocupación

En cuanto a la Tasa de Ocupación, de 16 a 64 años, también las mujeres están en desventaja, con un 58,30 por ciento frente al 70,41 de los hombres, lo que representa más de 12 puntos de diferencia en detrimento de las mujeres. Para ambos sexos ha descendido la Tasa de Ocupación respecto a años anteriores.

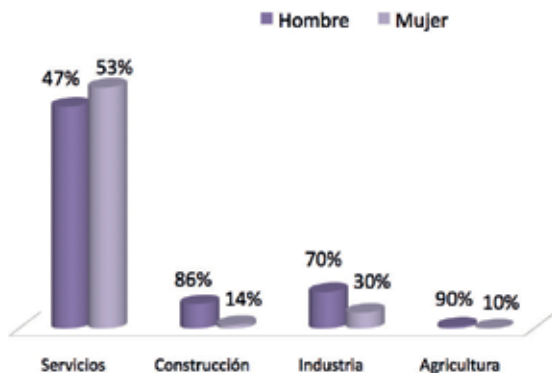
GRÁFICO 5. TASAS OCUPACIÓN
MADRID POR SEXOS



Ocupación por sectores

Tal y como muestra el siguiente gráfico, las trabajadoras madrileñas se concentran en el sector servicios, dedicándose de forma mayoritaria a la sanidad, la enseñanza, distintas actividades administrativas u de oficina, comercio, atención al público y limpieza.

**GRÁFICO 6. OCUPACIÓN EN MADRID
SECTORES Y SEXOS**



Ocupación por tipo de jornada

Tiempo completo

La ocupación a tiempo completo es uno de los indicadores que expresa con más claridad las diferencias existentes entre hombres y mujeres en el mercado laboral. Si bien estas diferencias van disminuyendo lentamente, siguen arrojando la imagen de un sistema organizado con parámetros patriarcales.

**GRÁFICO 7. POBLACIÓN OCUPADA A TIEMPO COMPLETO. MADRID
CIFRAS EN MILES**



Así los hombres ocupados a tiempo completo suponen el 56 por ciento, mientras que las mujeres ocupan el 44, es decir, existe una diferencia de 12 puntos porcentuales. Es importante conocer este indicador porque tiene importantes consecuencias para la vida cotidiana, pero también para la futura, a efectos de cotización para las pensiones. Es por tanto una discriminación directa por razón de sexo.

Tiempo parcial

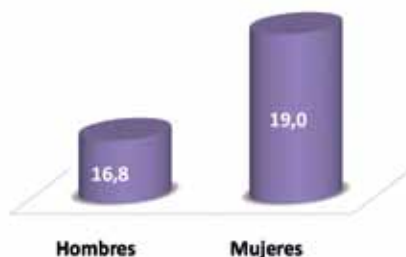
En Madrid el contrato a tiempo parcial tiene rostro de mujer, para ellas es del 71 por ciento de la ocupación a tiempo parcial frente al 29 por ciento de los hombres; lo que supone menor jornada y también menor salario. El trabajo de las mujeres sigue sin tener la consideración de salario principal en la unidad familiar.

GRÁFICO 8. POBLACIÓN OCUPADA A TIEMPO PARCIAL. MADRID
CIFRAS EN MILES



La lectura de estos datos muestra como este modo de contratación no es una opción libremente elegida, sino la que el empresariado oferta a las mujeres.

GRÁFICO 9. TASA DE TEMPORALIDAD. MADRID POR SEXOS
EPA III TRIMESTRE 2012



Tasa de temporalidad

Datos referidos al segundo trimestre de 2012 muestran cómo la tasa de temporalidad también aumenta para las mujeres con respecto a los hombres en 2,2 puntos.

Población con contratación indefinida

La población madrileña asalariada, con contratos temporales e indefinidos asciende en el primer trimestre del 2012 a 1.198.100; de este total, casi un 52 por ciento corresponde a hombres y un 48 por ciento a mujeres. En cuanto a la contratación, a los hombres se les han hecho 487.300 contratos indefinidos y 88.400 temporales. A las mujeres se les han hecho 517.600 contratos indefinidos y 104.700 contratos temporales.

**GRÁFICO 10. POBLACIÓN ASALARIADA EN MADRID
CON CONTRATOS INDEFINIDOS Y TEMPORALES**
CIFRAS EN MILES



Población parada

Tal y como muestra el siguiente gráfico el 53 por ciento son hombres y el 47 por ciento mujeres.

GRÁFICO 11. POBLACIÓN PARADA MADRILEÑA
CIFRAS EN MILES



La situación económica está produciendo un fenómeno que, en grandes cifras, sitúa a los hombres en un mayor nivel de desempleo que a las mujeres. Este dato refleja cómo la crisis está destruyendo empleo de calidad que mayoritariamente, estaba ocupado por hombres, mientras que el más precario, que es el que se ofrece a las mujeres, se mantiene o aumenta en momentos específicos, como es el caso del empleo estacional en la hostelería o en el comercio propio del fin de año.

La tasa de paro durante el primer trimestre del año 2012 para los hombres es del 18,78 por ciento y la de las mujeres el 18,32 por ciento. Estos indicadores son debidos a, entre otros factores, la caída masiva del empleo en construcción e industria durante los primeros años de la crisis, es decir, el acercamiento en las tasas se debe más a que los hombres han empeorado a que las mujeres hayan mejorado.

Sin embargo, en el 2012, donde se destruye más empleo es en el sector servicios, donde se agrupan la mayor parte de mujeres trabajadoras. Del total de desempleadas de la Comunidad de Madrid, en servicios se concentran el 89 por ciento.

El paro de larga duración también tiene rostro de mujer en Madrid, de las personas que llevan entre tres y cuatro años en desempleo, el 58,1 por ciento son mujeres.

Otra conclusión desprendida del Informe realizado por CCOO, sobre la situación en el Mercado de Trabajo de las Mujeres en

Madrid, es la relacionada con la búsqueda del primer empleo en nuestra Comunidad, que presenta grandes diferencias entre ambos sexos. La EPA del primer trimestre de 2012 nos ofrece el dato de que un 56,4 por ciento de mujeres buscan su primer empleo frente a un 43,6 por ciento de hombres, es decir, hay 12,8 de diferencia negativa para las mujeres, que siguen teniendo, en mayor medida, dificultades para incorporarse al mercado laboral por primera vez, pero su incorporación a la población activa sigue creciendo, a pesar de mantener diferencias con los hombres. Pese a esto dato, se puede afirmar que los avances en este sentido son importantes, debidos entre otros factores a la incidencia realizada por las organizaciones sindicales en la negociación colectiva y a los planes de igualdad que en muchos de ellos tienen cláusulas que regulan medidas de acción positiva para el acceso a la empresa mediante criterios objetivos.

En definitiva, la situación de las mujeres en el mercado laboral nos lleva a constatar que su vida laboral desemboca, cuando dejan el mercado laboral por jubilación, a percibir una media de 423 euros menos por mes que los hombres, perpetuando la situación de desigualdad a lo largo de toda la vida.

Sin embargo, las mujeres han avanzado considerablemente en sus reivindicaciones, no sólo debido a los logros legislativos recogidos en diferentes leyes como la de Atención a la Dependencia, la de Violencia de Género y sobre todo la de Igualdad, que ha facilitado la firma de cientos de planes de igualdad en numerosas empresas; sino que también se ha reducido la brecha salarial, desde 2007 que alcanzó los 8.550 euros hasta 2010 que llegó a 7.952 euros al año, lo que supone 598 euros en tres años. Naturalmente, esta disminución resulta insuficiente pero hay que hacer constar que esta se debe a la negociación colectiva y a la lucha de las trabajadoras con sus organizaciones.

El convencimiento es claro, las mujeres necesitan la negociación colectiva como herramienta fundamental para reducir las diferencias y acabar con las discriminaciones, pero también es evidente que conseguir la igualdad real, es tarea de mujeres y hombres, no una lucha solitaria.

6. Los riesgos laborales desde una perspectiva de género: ergonómicos, químicos y psicosociales

6. LOS RIESGOS LABORALES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO: ERGONÓMICOS, QUÍMICOS Y PSICOSOCIALES

Los problemas de salud laboral que afectan a las mujeres han recibido menos atención que los problemas que afectan a los hombres. Las metodologías de identificación de riesgos y de intervención de los llamados riesgos tradicionales, no suelen incluir la dimensión de género; ya hemos señalado 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 continúan siendo un problema de primer orden, los accidentes de trabajo. Sin embargo, la «polarización» del empleo femenino nos muestra un retrato en el que el trabajo realizado por las mujeres sigue estando ligado al papel tradicional que la sociedad ha asignado a la mujer: trabajo doméstico, cuidado de enfermos, educación..., generando un mapa de riesgos y enfermedades femeninos diferentes como consecuencia de desempeñar diferentes trabajos y papeles sociales, así como por tener condiciones de trabajo diferentes.

Los trabajos que mayoritariamente realizan las mujeres tienen unas características comunes, suelen ser trabajos monótonos y de poca creatividad, pero que exigen agilidad y precisión, conllevan el mantenimiento de posturas inadecuadas y forzadas, con ritmos excesivos y sin posibilidades de pausas (industria textil y confección, cadenas

de producción, cajeras de supermercado...), son trabajos poco cualificados, alejados de la toma de decisiones (personal doméstico, dependientas, trabajos administrativos...) y por último trabajos que implican atención hacia otras personas (enfermeras, asistentes sociales, profesoras, ayuda a domicilio...).

Si revisamos los datos de la **VII Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo**, las mujeres están menos expuestas a los factores del entorno físico como el ruido, el contacto con sustancias peligrosas, las temperaturas extremas o la manipulación de cargas pesadas, pero soportan una mayor carga musculoesquelética, tienen un menor control sobre su trabajo y gozan de menor autonomía.

Una característica común a todos estos factores de riesgo es que suelen tener efectos sobre la salud a largo plazo, ya que son acumulativos y no visibles de inmediato; éstos son, fundamentalmente, por un lado, los riesgos derivados de la carga física de trabajo por la adopción de posturas forzadas y el mantenimiento prolongado de las mismas posturas de trabajo y los movimientos repetitivos que provocan alteraciones musculoesqueléticas muy diversas localizadas en la espalda y miembros superiores, así como alteraciones circulatorias en miembros inferiores; y por otro lado, los aspectos ligados a la monotonía, la poca cualificación de los trabajos realizados, la poca autonomía, etc..., que llevan a la aparición de patologías psicosomáticas ligadas a factores psicosociales y al estrés.

Parece importante recordar que, en situaciones de estrés, algunas de las alteraciones más frecuentes y menos estudiadas en las mujeres, son las alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido y disfunciones ovulatorias, así como un aumento de la incidencia de partos pretérminos y abortos. También la bipedestación continuada, los trabajos en cadena y a turnos y las tareas pesadas aumentan el riesgo de partos prematuros.

Otra alteración de salud importante y frecuente en las mujeres son las enfermedades de la piel producidas por la utilización de sustancias químicas.

Esta práctica preventiva, centrada en los riesgos de accidente de trabajo y del entorno físico infravalorando u omitiendo el resto de riesgos, conlleva a la discriminación de este colectivo tradicionalmente olvidado, el de la mujer trabajadora.

Cambiar esta situación debe ser una prioridad para todas las mujeres y hombres, el papel a asumir por las trabajadoras y trabajadores, por las delegadas y delegados es fundamental; de la actitud que tengamos, de la actividad que impulsemos depende que esta realidad del trabajo femenino se haga visible.

A continuación se exponen los riesgos y daños más característicos de los trabajos mayoritarios entre las mujeres, así como las medidas preventivas a adoptar.

Riesgo ergonómico y lesiones músculo-esqueléticas

Las lesiones músculo-esqueléticas son uno de los daños derivados del trabajo más frecuentes, que generan más pérdidas económicas y mayor número de bajas laborales. Aunque estas patologías no producen efectos tan «espectaculares» como otros tipos de riesgo, sí afectan drásticamente a la calidad de vida, dentro y fuera del trabajo.

A nivel legal pueden agruparse en dos categorías: los accidentes de trabajo por sobreesfuerzo, que afectan básicamente a la espalda y las enfermedades profesionales (EE.PP) por agentes físicos, relacionadas con movimientos repetitivos y posturas inadecuadas, que afectan principalmente a los miembros superiores.

Los trastornos músculo-esqueléticos (TME) afectan en un elevadísimo grado tanto a hombres como a mujeres, pero diversas investigaciones indican que las mujeres presentan el problema más frecuentemente y de forma distinta. Véase, a continuación, la tabla 1.

TABLA 1. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS⁹

	HOMBRE	MUJER
Zona afectada	Menor dispersión: Zona lumbar	Mayor dispersión: Hombros, cuello, miembros superiores
Momento en que se Produce	A menos edad	A más edad

9. Fuente: NTP 657: Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales. INSHT.

	HOMBRE	MUJER
Tipo de trastorno	Más lesiones por sobreesfuerzo	Más lesiones por movimientos repetitivos Amplia variedad de dolor y molestias
Reconocimiento legal	Más accidentes de trabajo	Más enfermedades profesionales
Sector	Construcción Metal (incluyendo industria del automóvil) Cárnicas	Textil Comercio Sanidad y Servicios Sociales Limpieza Manufacturas

Atendiendo a las diferencias entre las zonas del cuerpo lesionadas de mujeres y hombres, se observa que mientras que las mujeres presentan más lesiones en cuello y columna dorsal, los hombres presentan más lesiones en columna lumbar, brazos y rodillas. Así queda reflejado en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, en la que, según datos de la misma, el 76,7 por ciento de las mujeres presentan alguna molestia musculoesquelética frente al 68 por ciento de los hombres. La molestia más frecuente entre hombres y mujeres está relacionada con el dolor de espalda con un 46,6 por ciento frente al 54,5 por ciento de las mujeres.

Si hablamos no sólo de molestias, sino de daños legalmente reconocidos, numerosos estudios muestran cómo el porcentaje de enfermedades profesionales debidas a trastornos musculoesqueléticos es mayor en las mujeres que en los hombres, y este rasgo resulta una tendencia constante a lo largo de los años. Sin embargo, estas alteraciones no siempre pueden identificarse clínicamente, dado que el síntoma clave, el dolor, es una sensación subjetiva y representa en muchas ocasiones, la única manifestación. Tampoco es extraño que no se puedan catalogar con un diagnóstico preciso, así por ejemplo una cervicalgia (dolor cervical) o una lumbalgia (dolor lumbar), solo indican la localización anatómica de un síntoma. Su etimología multicausal y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo añaden dificultades a una definición precisa.

Diferencias en la exposición

Para intentar explicar por qué hombres y mujeres presentan diferencias en los efectos músculo-esqueléticos 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.

Tipo de tareas

Es el aspecto en el que existe mayor evidencia de las diferencias debidas al género, y por ello puede considerarse la razón más importante a la hora de explicar las diferencias en efectos músculo-esqueléticos entre trabajadores y trabajadoras.

La división sexual del trabajo en las empresas favorece que las mujeres estén más expuestas a posturas estáticas, dinámicas, forzadas y mantenidas durante mucho tiempo, que resultan dolorosas o fatigantes; movimientos rápidos y precisos, repetidos en el tiempo, que implican a los miembros superiores; requerimientos de fuerza física, ciclos cortos y repetidos, altas exigencias de atención, especialmente de tipo visual y táctil.

Un ejemplo de esto lo encontramos en la industria cárnica donde es habitual que las mujeres ocupen los puestos de trabajo de embutido y empaquetado, en cambio los hombres se ocupan del despiece y manipulación de piezas grandes; o en el sector de la limpieza, donde las mujeres realizan el trabajo más “ligero” que consiste en limpiar las zonas, muebles, desempolvar y los hombres hacen el trabajo “pesado” consistente en limpiar las grandes superficies, suelos, paredes, cristales, etc.

También existen empleos femeninos en los que se demandan un trabajo muscular dinámico de levantamiento de pesos, por ejemplo, las mujeres que trabajan en guarderías y que deben levantar los niños para cambiarlos o consolarlos o las enfermeras y auxiliares de enfermería que deben manipular pacientes.

En la siguiente tabla (tabla 2) aparecen los riesgos ergonómicos y daños más característicos de los trabajos realizados mayoritariamente por las mujeres.

TABLA 2. EJEMPLOS DE RIESGOS ERGONÓMICOS Y DAÑOS MUSCULOESQUELÉTICOS HABITUALES EN TRABAJOS FEMINIZADOS

Trabajos administrativos y similares

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Utilización de PVD Diseño inadecuado del puesto de trabajo Malas condiciones ambientales Inadecuada organización del trabajo Movimientos repetitivos Carga física Estatismo postural Posturas inadecuadas	• Dolores cervicales, dorsales y lumbares • Tendinitis • Síndrome del túnel carpiano • Trastornos cervicales y musculares

Peluquería y estilismo

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Estatismo postural (bipedestación) Posturas forzadas Movimientos repetitivos	• Dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos • Alteraciones circulatorias como varices • Problemas en el embarazo

Empleadas de hogar y limpiadoras de edificios

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Posturas forzadas Manejo manual de cargas Movimientos repetitivos	- Dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos, también lumbalgias, artrosis, hernias de disco - Alteraciones circulatorias como varices - Problemas en el embarazo

Cajeras de hipermercado

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Diseño inadecuado del puesto Posturas mantenidas y forzadas Manipulación manual de cargas Movimientos repetitivos	- Dolores y alteraciones en espalda (cervical, dorsal y lumbar, lumbalgias y artrosis) - Tendinitis, tenosinovitis, túnel carpiano, etc. - Problemas en el embarazo

Trabajadoras de comercio

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Posturas mantenidas de pie Posturas forzadas Manipulación	- Dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos - Alteraciones circulatorias como varices - Problemas en el embarazo

Textil y confección (modista, costureras, maquinistas, planchadoras)

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Posturas forzadas y mantenidas Manipulación manual de cargas Movimientos repetitivos Inadecuado diseño de puestos, tareas y herramientas	- Alteraciones musculoesqueléticas. Dolores y alteraciones en espalda - Alteraciones en hombros, brazos, muñecas y manos (tendinitis, tenosinovitis, túnel carpiano...) - Alteraciones circulatorias periféricas (varices) - Problemas en el embarazo

Actividades sanitarias (médicas, enfermeras, auxiliares de enfermería)

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Manipulación de enfermos Estatismo postural (quirófanos) Posturas forzadas	- Dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos - Alteraciones circulatorias como varices - Problemas de embarazo

Educación (maestras, educadoras, pedagogas)

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Postura mantenida de pie Manipulación y carga de niños	- Alteraciones músculo esqueléticas: dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos - Alteraciones circulatorias periféricas: varices

Trabajo doméstico

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Postura mantenida de pie Posturas forzadas Manipulación de cargas Movimientos repetitivos (coser, planchar, barrer, fregar, limpiar cristales...)	- Alteraciones músculo esqueléticas: Dolores y alteraciones en espalda, hombros, brazos, muñecas y manos - Alteraciones circulatorias periféricas: varices

Azafata de tierra

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Postura mantenida de pie Posturas forzadas Movimientos repetitivos	Alteraciones músculo esqueléticas: dolores de espalda, hombros, brazos, varices en las piernas

Operadora de telemarketing

Riesgos ergonómicos	Daños músculo esqueléticos
Carga física Estatismo postural (sentada) Posturas inadecuadas Esfuerzo de voz	- Trastornos cervicales - Trastornos musculares - Trastornos digestivos - Alteraciones circulatorios - Irritación de la garganta

Diseño del puesto de trabajo

Diseñar un puesto de trabajo incluye tener en consideración elementos que van desde las dimensiones del puesto, hasta los equipos de trabajo y herramientas utilizados, uso de equipos de protección individual, etc. Todos estos elementos han sido concebidos frecuentemente “a la medida” del género masculino.

Las mujeres son, en general, más bajas, tienen menos fuerza, sus manos son más pequeñas y sus brazos más cortos. El uso de herramientas demasiado grandes o pesadas provoca posturas de agarre incómodas o forzadas de las muñecas y los dedos y sobrepresión de distintas zonas de las manos. Una silla de altura inadecuada o estanterías demasiado altas pueden causar mayor requerimiento y por tanto, sobreesfuerzo en tendones o articulaciones, incluso aunque el problema no sea observable a simple vista.

En ocasiones el diseño no responde al prototipo masculino, sino que responde a cánones estéticos. Un ejemplo de esto es el de las camareras de piso.

Mayor exposición al riesgo: duración del trabajo en años de servicio

Las estadísticas muestran que las mujeres ocupan los puestos de trabajo menos cualificados y de mayor precariedad, lo que supone una mayor probabilidad de soportar durante más tiempo las mismas cargas de trabajo: a trabajo menos cualificado y más precario, menor posibilidad de promoción y de una posible adaptación o cambio de puesto de trabajo, en los términos que establece la ley, tras haber sufrido un trastorno musculoesquelético.

Interacción entre factores de riesgos psicosociales o de organización del trabajo y riesgos de lesiones musculoesqueléticas

El ritmo elevado, las exposiciones largas, la falta de descansos y pausas de recuperación, la monotonía y repetitividad, el trabajo remunerado a prima, la falta de autonomía, el bajo apoyo social o la supervisión estricta son características de la organización del trabajo que pueden generar tensión laboral. Ésta, a su vez, tiene una gran relación con el estrés. Se ha relacionado la tensión en el trabajo con el dolor de espalda y sobre todo con los TME de extremidad superior. Muchos de esos factores son comunes en las ocupaciones desarrolladas por mujeres.

Algunas de las otras exigencias típicas de las ocupaciones feminizadas son la carga mental y/o emocional en profesionales sanitarias y docentes, pero también en las trabajadoras de call-centers, las receptionistas o las cajeras. Trabajos en los que suele darse simultanei-

dad de tareas, frecuentes interrupciones, necesidad de dar respuesta a varias personas a la vez, condiciones (horarios cambiantes, turnos, etc.) que hacen difícil la compatibilidad entre el trabajo y la vida familiar, especialmente si se tienen personas dependientes (niños pequeños, ancianos, enfermos), obligación de hacer de “muro de contención” entre la empresa y los clientes, estando expuestas a conflictos y agresiones verbales por parte del público. Todos estos factores del ámbito psicosocial tienen a menudo una traducción en sintomatología músculo-esquelética.

Diferencias biológicas y psicológicas

En este plano, existen evidentes diferencias entre sexos. Las mujeres tienen menos fuerza muscular que los hombres, su cuerpo es de menor tamaño, tienen menos capacidad aeróbica, y su capacidad reproductora las condiciona más. Ello implica diferente forma de desarrollar las tareas, y por tanto que ante iguales condiciones ergonómicas, los efectos adversos para la salud podrían ser mayores para ellas.

Algunos estudios, aún poco confirmados, apuntan otros elementos, como son:

- La influencia de factores hormonales, especialmente en edades cercanas a la menopausia, que podrían, bien interaccionar con las condiciones de trabajo, o bien actuar separadamente, produciendo TME.
- El hecho de que las mujeres expresen más sus síntomas y problemas de salud. También que acudan al médico antes que los hombres.
- La mayor predisposición de la mujer a reaccionar ante los aspectos organizativos del trabajo, que actúan junto con los estresores físicos, y que podrían influir en su estado de salud a través de mecanismos psicológicos.

Exposición extralaboral

Las mujeres organizan y realizan gran parte del trabajo doméstico y familiar, incluyendo el cuidado de niños y personas mayores o enfermas. Estas responsabilidades familiares combinadas con las condiciones de trabajo, aumentan el riesgo. Las demandas de trabajo doméstico incrementan las horas de exposición a tareas con exigencias físicas, pero también con exigencias mentales, emocionales y de gran responsabilidad. Esta sobrecarga física y psicológica disminuye el tiempo y la calidad del descanso, propiciando la acumulación de la fatiga.

Algunas recomendaciones preventivas ante los riesgos ergonómicos

Las políticas y prácticas de prevención deben dar respuesta a las diferencias explicadas anteriormente actuando sobre las causas que las originan y por ello es necesario:

Visualizar las condiciones de trabajo de las mujeres teniendo en cuenta que los riesgos de lesiones musculo esqueléticas abarcan las posturas inadecuadas, los movimientos repetitivos y la manipulación de cargas.

La evaluación de riesgos y la intervención preventiva debe tener en cuenta la interacción entre diferentes factores como son la organización del trabajo y la doble presencia.

La evaluación de riesgo y la intervención preventiva deben contemplar las diferencias biológicas y la interacción tarea/puesto de trabajo.

La vigilancia de la salud debe contemplar la percepción de malestar y dolor musculo esquelético en sus primeras fases como instrumento de detección precoz de alteraciones de la salud en el trabajo.

Riesgo químico

Se estima que en el mercado europeo existen actualmente unas 100.000 sustancias químicas diferentes, de las cuales 10.000 se comercializan en cantidades superiores a 10 toneladas. Además cada año se introducen centenares de productos nuevos.

Sin embargo, y a pesar de la gran cantidad de sustancias existentes, sólo se conocen en profundidad los efectos tóxicos para la salud humana de unos centenares, ignorándose los peligros que entrañan la mayoría de los productos químicos existentes en el mercado, lo cual supone que a menudo la población trabajadora se ve expuesta a nuevos productos mucho antes de que se conozca su acción tóxica.

Una característica importante y diferenciadora de los riesgos derivados de la exposición a sustancias químicas es que sus efectos no siempre son evidentes, sino que la mayoría de las veces cuando se reconoce este riesgo es demasiado tarde y ya se han producido daños importantes en la salud de trabajadores y trabajadoras.

La exposición a estas sustancias afecta, aunque no en la misma medida, a hombres y mujeres. Según VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo el 14,9 por ciento de los trabajadores encuestados manipula productos químicos. Un porcentaje similar inhala alguno de estos productos (16,2 por ciento). El porcentaje total de “expuestos”, tanto por manipulación como por inhalación, asciende al 22,9 por ciento. Cabe destacar que hay una mayor exposición a agentes químicos en hombres (27,5 por ciento) que en mujeres (17,6 por ciento); encontrándose las mayores diferencias en la inhalación de sustancias nocivas (22,2 por ciento de los hombres y 9,4 por ciento de las mujeres).

Estas sustancias están presentes en todos los sectores y, aunque es en el sector de la construcción donde existe mayor incidencia, podemos afirmar la utilización intensificada en la industria, en el sector servicios y en determinadas actividades feminizadas: tintes en el textil; n-hexano en el calzado, formaldehído en la sanidad, disolventes en la limpieza, microelectrónica o industria farmacéutica, etc.

Así por ejemplo, en las fases de estampación hay una exposición elevada a sustancias tóxicas, que se ve fuertemente aumentada por las condiciones climáticas. Un caso conocido y que tuvo gran difusión social es el **síndrome de Ardystil**, en la Comunidad Valenciana, donde cerca de una treintena de personas, mujeres en su mayoría, ha padecido una fibrosis pulmonar que ha desembocado en la muerte de seis de ellas, por la exposición a estas sustancias durante un tiempo prolongado en unas condiciones de precarización extrema de las relaciones laborales.

En la industria del calzado los trabajos de acabado y montaje, desarrollados mayoritariamente por mujeres, son procesos externalizados que se desarrollan en economía sumergida y a través de trabajo domiciliario. La **“parálisis del calzado”**, intoxicación provocada por un agente conocido desde los años 70, ha supuesto para un número importante de mujeres que se vean afectados sus sistemas nervioso y muscular.

Si existe poca información sobre el riesgo químico para el medio ambiente y la salud humana en general, existe menos aún sobre los riesgos específicos en las mujeres, ya que la mayoría de los estudios sobre los efectos de las sustancias o sobre-exposición de la población trabajadora se realiza sobre una población masculina homogénea. Sin embargo, las sustancias químicas pueden afectar de forma diferente y específica a mujeres por diversas razones:

- **Naturaleza y propiedades de las sustancias que causan enfermedades específicas de la mujer:** ciertos compuestos organoclorados están ligados a cáncer de mama u ovarios; el cadmio está relacionado con la osteoporosis.
- **Diferencias biológicas:** anatómicas (área superficial), fisiológicas (contenido grasa) o bioquímicas (procesos hormonales).
- **Diferencias sociales, culturales, psicológicas y diferencias en la percepción de los riesgos, la salud o la relación con el cuerpo.**
- **Exposición múltiple** a sustancias químicas en el trabajo y en la vida cotidiana. Por ejemplo, exposición a productos de limpieza en el hogar, a medicamentos (antidepresivos, síndrome premenstrual, menopausia) o cosméticos (ftalatos en champú, laca, esmalte de uñas,...).
- **Hábitos como el consumo de tabaco y alcohol** en mujeres.
- Los **niveles de protección** frente al riesgo químico pueden resultar insuficientes, por ejemplo, los valores límites ambientales (VLA) se revisan continuamente a la baja y están calculados en base al nivel de reacción de hombres.

Además, algunas sustancias químicas juegan un papel clave en la alteración de la reproducción y transmisión de la contaminación a las siguientes generaciones:

- **Sustancias cancerígenas:** aquellas que pueden ocasionar cáncer o incrementar su incidencia.
- **Sustancias mutágenas:** aquellas que pueden producir alteraciones genéticas hereditarias o aumentar su frecuencia.
- **Sustancias tóxicas para la reproducción:** aquellas que pueden producir efectos negativos no hereditarios en la descendencia o aumentar su frecuencia o afectar de forma negativa a la función o a la capacidad reproductora.
- **Sustancia con riesgo durante la lactancia:** aquellas que son absorbidas por las mujeres y que pueden interferir en la lactancia o que pueden estar presentes en la leche materna.

A continuación se muestran algunos ejemplos de riesgo químico y daños más habituales en los trabajos realizados por mujeres:

**TABLA 3. EJEMPLOS DE RIESGO QUÍMICO Y DAÑOS
MÁS HABITUALES EN TRABAJOS FEMINIZADOS**

Riesgo químico	Daños
PELUQUERÍA Y ESTILISMO Contacto e inhalación de sustancias químicas peligrosas como tintes, permanentes, decolorantes...	• Alteraciones respiratorias: irritación de vías superiores, bronquitis, asma. • Alteraciones dérmicas: Dermatitis, eczemas. • Existen tintes que contienen sustancias como aminas aromáticas y aminofenoles, que son cancerígenos.
EMPLEADAS DE HOGAR Y EDIFICIOS Contacto e inhalación de sustancias químicas peligrosas como detergentes, lejía, disolventes y mezclas de productos.	• Alteraciones respiratorias: asma, bronquitis, irritación de las vías superiores... • Intoxicaciones por la mezcla de productos de limpieza. • Alteraciones dérmicas: dermatitis, eczemas y quemaduras. • Alteraciones del Sistema Nervioso Central. • Problemas en el embarazo.

Riesgo químico	Daños
TEXTIL Y CONFECCIÓN Contacto e inhalación de sustancias químicas peligrosas como tintes o disolventes.	• Alteraciones respiratorias: asma, bronquitis, irritación de las vías superiores... • Alteraciones dérmicas: dermatitis, eczemas... • Otras patologías dependiendo del tipo de sustancia.
ACTIVIDADES SANITARIAS Citoestáticos Gases anestésicos Desinfectantes (glutalherido, formaldehído) Esterilizantes (óxido de etileno) Otros (laboratorio, farmacia...)	• Patologías muy diversas, desde dermatitis o irritación de mucosas hasta efectos mutágenos, teratógenos y carcinógenos, también alteraciones renales, hepáticas, hematológicas, respiratorias, alteraciones de la reproducción...

Especial atención requieren los **disruptores endocrinos**, estos son sustancias químicas capaces de interferir la producción y las funciones de las hormonas en el organismo, produciendo una alteración del sistema hormonal que puede tener consecuencias neurológicas o reproductivas.

Estamos expuestos a los disruptores endocrinos en nuestros lugares de trabajo, pero también en nuestros hogares por la contaminación de alimentos, plaguicidas, exposición a productos plásticos y plastificantes, el uso de algunos detergentes y la contaminación del medio ambiente. En la lista de reconocidos y probables disruptores endocrinos se encuentran muchas sustancias presentes en el ambiente laboral, tales como determinados plaguicidas, dioxinas y furanos (compuestos residuales que se generan por ejemplo, en la producción de papel blanco o durante los procesos de incineración), alquifenoles (compuestos muy utilizados como surfactante industrial), bisfenol-A (muy usado en fabricación de pinturas y plásticos), parabenos, triclosán, filtros UV de cosméticos, etc.

Los efectos más preocupantes ocurren en hijas e hijos expuestos durante el embarazo y la lactancia. Las consecuencias pueden ser graves y a menudo irreversibles (cánceres testiculares, de mama y de próstata, disminución del recuento de espermatozoides, deformidades de los órganos reproductores, disfunción tiroidea, etc.) e incluyen

efectos nocivos sobre el sistema inmunológico, la reproducción, el desarrollo cognitivo de los niños y hasta aspectos del comportamiento psicosocial. Tienen la particularidad de que producen efectos a niveles extremadamente bajos, pudiendo producir efectos a varias generaciones, con largos periodos de latencia y no siendo posible establecer umbrales de exposición seguros.

Algunas recomendaciones preventivas ante el riesgo químico

Las políticas y prácticas de prevención deben dar respuesta al riesgo químico del conjunto de la población trabajadora, integrando las especificidades de género:

- Conocer las sustancias químicas presentes en los puestos de trabajo y los efectos para la salud de las mujeres.
- Participar activamente en exigir la sustitución de las sustancias más peligrosas, puesto que la forma más efectiva de protegernos todos y todas es evitar la exposición a agentes nocivos.
- Exigir que se reorienten los estudios sobre efectos y riesgos de las sustancias químicas, tanto en el diseño, realización e interpretación de los resultados, incorporando la especificidad de las mujeres.
- Exigir la revisión de las políticas de prevención, evaluación, protección y vigilancia de la salud para integrar la dimensión de las mujeres. Pedir información y participar.
- Entre tanto, demandar la aplicación del principio de precaución.

La organización del trabajo y los riesgos psicosociales

Los factores de riesgo psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo, y sobre todo, de su organización, que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés. Es decir, hablamos de cómo la actividad laboral que realizamos, el entorno en el que la desarrollamos, la forma en la que la llevamos a cabo, los medios y recursos que se nos facilitan para realizarla están influidos por la forma en que la empresa decide organizar el trabajo y pueden suponer un riesgo para nuestra seguridad y salud.

Los riesgos psicosociales afectan al conjunto de la población trabajadora. Las encuestas de condiciones de trabajo y salud ponen en evidencia que los riesgos psicosociales son uno de los riesgos más señalados por los trabajadores y trabajadoras. El aumento de control por parte de la empresa, las críticas y reprimendas públicas, la manipulación del tiempo y tipo de trabajo con el único objetivo de humillar... el no respeto de acuerdos ni convenios, introduciendo de forma arbitraria cambios en la flexibilidad de la jornada laboral, ordenar cambios a puestos de trabajo de menor cualificación, monótonos y repetitivos, como castigo... el incremento del ritmo de la cadena de montaje al antojo, etc., son ejemplos de factores de riesgo psicosociales.

El método de evaluación de los riesgos psicosociales propuesto por CCOO es el **CoPsoQ-istas21**. Este método divide en cuatro grandes grupos los factores psicosociales, que a su vez, se pueden subdividir en aspectos más concretos. Estos cuatro factores son: exigencias psicológicas, control, apoyo social y recompensas.

Las **exigencias psicológicas del trabajo** tienen un componente cuantitativo y otro cualitativo y son:

- **Las exigencias psicológicas cuantitativas** se definen como la relación entre la cantidad o volumen de trabajo y tiempo disponible para realizarlo. Si el tiempo es insuficiente, las altas exigencias se presentan como un ritmo de trabajo rápido, imposibilidad de llevar el trabajo al día o acumulación de trabajo, y también pueden tener relación con la distribución temporal irregular de las tareas. También puede ocurrir la situación contraria, que las exigencias sean limitadas o escasas.
- Un gran número de investigaciones ha demostrado que unas altas exigencias cuantitativas pueden producir estrés y fatiga y están en la base de diversas enfermedades crónicas. Desde un punto de vista de la prevención las exigencias cuantitativas deben adecuarse al tiempo disponible para el trabajo.
- **Las exigencias psicológicas cualitativas** hacen referencia al **trabajo cognitivo** sobre la toma de decisiones, tener ideas nuevas, memorizar, manejar conocimiento y controlar muchas cosas a la vez; se incluyen las **exigencias emocionales**, que son aquellas que afectan a nuestros sentimientos, sobre todo cuando requieren de nuestra capacidad para entender la situa-

ción de otras personas. Según el conocimiento actual, podemos suponer que las exigencias emocionales podrían estar en la base del *burn out* (o síndrome de “estar quemado”); por último, las **exigencias sensoriales** son las exigencias laborales respecto a nuestros sentidos (concentración, mirar con detalle, atención constante o nivel de precisión) y que han sido relacionadas con síntomas somáticos de estrés.

El concepto de **control** a su vez engloba otros aspectos que son:

- La **influencia en el trabajo**, que consiste en tener margen de decisión y autonomía con respecto al contenido y las condiciones de trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo...). La influencia en el trabajo es una de las dimensiones centrales en relación con el medio ambiente psicosocial. Diversas investigaciones han demostrado que una baja influencia en el trabajo aumenta el riesgo de diversas enfermedades, cardiovasculares, psicosomáticas, estrés, bajas por enfermedad...
- **Posibilidades de desarrollo en el trabajo** o si el trabajo es fuente de oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos de cada persona. La realización de un trabajo debe permitir la adquisición de las habilidades suficientes para realizar las tareas asignadas, aplicar esas habilidades y conocimientos y mejorarlos. Existen estudios que indican que las personas con pocas posibilidades de desarrollo en el trabajo tienen más ausencias por enfermedad, más problemas de salud y mayor probabilidad de expulsión del mercado de trabajo.
- **Control sobre los tiempos de trabajo**, esta dimensión complementa la de influencia con relación al control sobre los tiempos a disposición del trabajador (descansos, vacaciones, charlar con un compañero o compañera, poder ausentarte de tu puesto por un asunto familiar o personal, sin necesidad de pedir permiso). En general, es positivo aumentar el control sobre los tiempos de trabajo en su doble sentido de poder disponer de los tiempos de descanso cuando éstos son más necesarios para las personas, y de flexibilización de jornada y horarios de trabajo en función de las necesidades de compatibilización de la vida familiar y laboral.

- **Sentido del trabajo.** El hecho de ver sentido al trabajo significa poder relacionarlo con otros valores o fines que los simplemente instrumentales. Las personas podemos afrontar de una forma más positiva para nuestra salud las dificultades que nos afectan durante la jornada laboral si el trabajo lo experimentamos con sentido. La falta del mismo se considera uno de los factores estresantes básicos en relación con las actividades humanas y se relacionan con el mal estado de salud, el estrés y la fatiga.
- **Integración en la empresa,** esta dimensión está estrechamente relacionada con la anterior y tiene que ver con la implicación de cada persona en la empresa. Existen algunas evidencias que relacionan la integración en la empresa con buena salud y un bajo nivel de estrés y fatiga.

El **apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo** hace referencia a aspectos tales como la relación con los otros compañeros de trabajo, el sentimiento de apoyo de compañeros y mandos para sacar adelante el trabajo o cuando podemos compatibilizar nuestra vida laboral con la personal, familiar o social. A su vez, engloba otros aspectos como:

- **Previsibilidad** o necesidad de disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo; **claridad de rol** (o papel a desempeñar). Si el papel a desempeñar no está bien definido, puede resultar un factor muy estresante.
- **Conflicto de rol** o exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo o conflictos de carácter profesional o ético.
- **Calidad de liderazgo,** desde un punto de vista de la salud se ha observado que la calidad de la dirección es uno de los factores que exhiben una clara relación con la salud de los trabajadores y en particular con una buena salud mental.
- **Refuerzo, feedback** o recepción de mensajes de retorno de compañeros y superiores sobre cómo se trabaja; y por último, **apoyo social** en el trabajo, **posibilidades de relación social** o **sentimiento de grupo.**

En último lugar, las **recompensas justas** por el trabajo realizado tienen que ver con percibir un salario digno, estabilidad laboral, posibilidad de promocionarse, realizar tareas adecuadas y cuali-

ficadas, tener el respeto, reconocimiento y apoyo por el trabajo realizado, etc. A esta dimensión pertenecen otros aspectos como la **inseguridad en el trabajo o la estima**.

- Existen fuertes evidencias de que la **inseguridad laboral**, la temporalidad, y en general, la precariedad en el trabajo se relacionan con múltiples indicadores de salud y se ha puesto especialmente de manifiesto su relación con la siniestralidad.
- La **estima** incluye el reconocimiento de los superiores y el esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo, recibir el apoyo adecuado y un trato justo en el trabajo.

A estos cuatro grupos el CoPsoQ-ISTas21 añade una nueva dimensión o factor psicosocial: “la doble presencia”. Y es que para tratar la salud de las mujeres trabajadoras es fundamental comprender la carga de trabajo que soportan. Ya hemos visto como en el mundo del trabajo actual existen actividades y ocupaciones específicas de género, las mujeres ocupan puestos de trabajo con peores condiciones que los hombres, de menor contenido y responsabilidad, con menores niveles de influencia, peores perspectivas de promoción y peor pagados. Por otro lado, las mujeres trabajadoras se responsabilizan y realizan la mayor parte del trabajo familiar y doméstico, con lo que efectúan un mayor esfuerzo de trabajo total en comparación con los hombres. Estas desigualdades entre hombres y mujeres respecto a las condiciones de trabajo y a la cantidad de trabajo realizado se manifiestan en desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

Esta “**doble jornada**” laboral de la mayoría de mujeres trabajadoras es en realidad una “**doble presencia**” de la que ya hemos hablado, pues las exigencias de ambos trabajos, el productivo y familiar y doméstico, son asumidas cotidianamente de manera sincrónica, ambas exigencias coexisten de forma simultánea. La organización del trabajo productivo, la cantidad de tiempo a disposición y de margen de autonomía sobre la ordenación del tiempo, pueden facilitar o dificultar la compatibilización de ambos.

Para explicar la salud de las mujeres trabajadoras es fundamental comprender esta doble carga de trabajo. Unas y otras exigencias interactúan e influyen sobre la salud de las mujeres. Para medir tales cargas, es necesario tener en cuenta su carácter sincrónico.

Diferencias en la exposición

Respecto a los riesgos derivados de la organización del trabajo, podemos afirmar que hombres y mujeres no hacemos lo mismo y tampoco estamos igualmente expuestos.

Los datos de la encuesta realizada por ISTAS- CCOO entre la población asalariada de todo el Estado muestran cómo las mujeres están más expuestas que los hombres para doce de los dieciséis factores de riesgo psicosocial para los que encontramos diferencias de exposición. Los hombres tan solo están más expuestos que las mujeres a altas exigencias psicológicas sensoriales, cognitivas y emocionales y conflicto de rol alto.

TABLA 4. EXPOSICIÓN LABORAL A RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN ASALARIADA

	Mujeres	Hombres	Total
Doble presencia alta	26,32	5,12	15,28
Exigencias ps. cuantitativas altas	11,03	12,46	11,73
Exigencias ps. sensoriales altas	26,57	33,88	30,38
Exigencias ps. cognitivas altas	28,21	35,60	32,07
Exigencias ps. emocionales altas	15,57	17,50	16,57
Esconder emociones altas	25,02	24,23	24,61
Influencia baja	38,96	36,61	37,74
Control sobre tiempos de trabajo bajo	39,63	32,23	35,77
Posibilidades de desarrollo bajas	28,06	21,97	24,80
Sentido del trabajo bajo	12,62	9,64	11,07
Integración en la empresa baja	29,21	25,01	27,54
Claridad de rol baja	6,59	4,82	5,67
Conflicto de rol alta	19,88	22,75	21,38
Previsibilidad baja	16,71	14,79	15,71
Apoyo social en el trabajo bajo	12,93	10,90	11,87
Refuerzo bajo	17,40	13,99	15,62
Posibilidades de relación social bajas	16,42	15,52	15,95
Sentimiento de grupo bajo	7,92	6,05	6,95
Calidad de liderazgo baja	17,36	15,37	16,33

	Mujeres	Hombres	Total
Inseguridad alta	34,06	32,92	33,46
Estima baja	9,98	9,88	9,93

Dicho de otra forma, principalmente las mujeres trabajadoras tienen menos control sobre los tiempos de trabajo, menor posibilidad de desarrollo y encuentran menos sentido al trabajo que realizan. En el caso de la doble presencia, este riesgo es el que representó una mayor diferencia entre sexos, un 26,32 por ciento para las mujeres frente al 5,12 de los hombres encuestados.

Estos resultados reflejan una marcada desigualdad de género, con exposiciones generalmente más desfavorables para las mujeres, ubicando a las mujeres trabajadoras en situación de mayor exposición a factores de riesgo psicosocial que sus homólogos masculinos.

Algunas recomendaciones preventivas ante los riesgos psicosociales

Las políticas de prevención deben dar respuestas a los riesgos derivados de la organización del trabajo del conjunto de la población trabajadora y para ello es necesario que:

- La metodología de identificación de riesgos tenga capacidad de identificar el conjunto de las dimensiones de la organización del trabajo que actualmente se conoce que afectan la salud.
- Esta metodología debe incorporar la doble presencia como una dimensión de la organización del trabajo.
- La identificación de riesgos debe contemplar las variables básicas de las desigualdades de salud: ocupación, género y edad.
- La práctica de la prevención debe garantizar la participación de las mujeres, tanto en la identificación de riesgos como en las propuestas de intervención.

7. Estrategias para la acción sindical

7. ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN SINDICAL

Todo lo expuesto evidencia la necesidad imperiosa de actuar y avanzar tanto en el conocimiento de la relación salud-trabajo en las mujeres, como en el alcance que esta realidad está teniendo en la salud y bienestar de éstas y su entorno familiar y social. Como es bien conocido y la experiencia ha demostrado, es imprescindible que los marcos generales de intervención se concreten en cada uno de los sectores y centros de trabajo y es así mismo fundamental, elaborar un marco de intervención que incorpore las diferencias de género a la metodología preventiva de forma que se consiga una completa perspectiva y visibilidad de las necesidades de las mujeres en salud.

La incorporación de la perspectiva de género: políticas de igualdad y gestión de la prevención

Desde el ámbito de la gestión general de la empresa, y no sólo de la estrictamente gestión preventiva, las empresas deben trabajar en pro de incorporar la perspectiva de género. Así, la **Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva** entre hombres y mujeres proclama la necesidad de una normativa dirigida a combatir todas las manifestaciones aún subsistentes de discriminación, directa e indirecta, por razón de sexo, promoviendo la igualdad real entre hombres y mujeres, con eliminación de los obstáculos y estereotipos sociales que impiden alcanzarla.

Una de las herramientas a implantar en las empresas para conseguir este fin son los **Planes de Igualdad**, que, tal y como lo define el artículo 46 de la citada ley, un plan de igualdad *“es un conjunto ordenado de medidas, adoptadas tras la realización de un diagnóstico de la situación laboral existente, que tiene por objeto alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres y eliminar las posibles discriminaciones que pudieran detectarse por razón de sexo, estableciendo los objetivos concretos a alcanzar, las estrategias y prácticas a adoptar para su consecución y los sistemas de seguimiento y evaluación de los objetivos fijados”*. Son obligatorios en empresas de más de 250 trabajadores, menos de 250 si está recogido en convenio, por imposición de la Inspección de Trabajo o de forma voluntaria.

Los planes de igualdad podrán contemplar, entre otras materias, el acceso al empleo, la clasificación profesional, la promoción, la formación, la retribución, la prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo, la ordenación del tiempo de trabajo, etc.; el objetivo es el de favorecer la conciliación laboral, personal y familiar en términos de igualdad entre mujeres y hombres. Riesgos como el acoso sexual, la doble presencia, la discriminación salarial, la problemáticas de acceso a sectores y categorías superiores etc., deben ser identificados en los diagnósticos de la situación laboral de la empresa para posteriormente implementar medidas que actúen sobre ellos, siempre con la participación de la representación sindical de los trabajadores y trabajadoras.

Un ejemplo del tratamiento de la ordenación del tiempo de trabajo como de conciliación, podemos verlo en este extracto del plan de igualdad de una gran empresa del sector eléctrico, junto con otras medidas para poder abordar la conciliación de la vida laboral y familiar:

“Se establece como horario general la jornada continuada todo el año con flexibilidad en los horarios de entrada y de salida desde las 7.30 a las 15.30. Para el personal no sujeto a régimen de turnos será de jornada partida de lunes a jueves, tomando como referencia el inicio de la jornada a las 8.00-8.30, ajustando la hora de salida a la jornada anual correspondiente, los meses de julio y agosto se realizará jornada intensiva. También se establecen otro tipo de jornadas continuadas con disponibilidades para la mejor atención a las averías/clientes mejor conciliación de la vida personal y laboral”.

“Los y las trabajadoras de todo el grupo de la empresa podrán ejercitar estos derechos no pudiendo ser objeto de discriminación:

- Reducciones de jornada por motivos familiares. Por cuidados de algún menor de 10 años, de una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, de familiares por razones de edad, accidente, enfermedad y que estos últimos no desempeñen actividad retribuida.
- Excedencias con reserva de plaza. No superior a tres años para atender el cuidado de hijos, familiares a cargo con iguales características descritas en el apartado anterior.
- Política de maternidad. Permiso retribuido de 15 días naturales a disfrutar con antelación a la fecha prevista de parto. Una vez finalizado el permiso legal por maternidad de 16 semanas, durante el periodo restante hasta completar los 12 meses desde la fecha del parto, se podrá reducir la jornada laboral a 5 horas diarias, sin reducción de su retribución fija, compensando y sustituyendo durante este periodo cualquier otra medida legal de permiso de lactancia o reducción de jornada por maternidad.”

En el ámbito de la prevención de **riesgos laborales**, algunas de las medidas de actuación en este ámbito son:

1. **El plan de prevención** ha de recoger el compromiso general de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades preventivas, establecer mecanismos dirigidos a garantizar la participación de las mujeres en la prevención de la empresa y que todos los datos surgidos de la prevención (exposición a riesgos, daños a la salud, etc.) sean tratados por sexo.
2. **Los métodos de evaluación** deben ser sensibles a las desigualdades de género, por tanto los criterios de valoración no deben partir exclusivamente del prototipo de hombre trabajador, así como, es necesario que en la priorización de los problemas se tomen el conjunto de los daños posibles y no exclusivamente los accidentes de trabajo. Por otra parte es imprescindible la participación de las trabajadoras y ha de ponerse el énfasis en las condiciones de trabajo reales.

La propia concepción de lo que es evaluar e identificar riesgos según las prácticas preventivas actuales, lleva implícito un sesgo y es que, para éstas evaluar riesgos es “medir” a través de “indicadores objetivos” situaciones que, comparadas con los “criterios” establecidos, nos permiten emitir un juicio sobre la posible incidencia sobre la salud. Es importante cuestionar cuatro de los elementos de esta concepción de la evaluación de riesgos para adecuar la prevención a la diversidad de la población trabajadora:

- **Evaluar no es igual a medir.** No todas las condiciones de trabajo se pueden medir de la forma en que tradicionalmente lo han hecho las técnicas preventivas. Por ejemplo las respuestas fisiológicas ante el estrés varían mucho de unas personas a otras. Si esto es así, ¿cómo establecer una medida estándar que nos garantice que realmente se detecta una situación de estrés? En los riesgos que afectan de forma específica a las mujeres, ¿cómo medir la pérdida de autoestima ante una discriminación salarial? ¿Cómo valorar la incidencia del acoso sexual?
- **Indicadores objetivos.** La salud tiene un importante componente subjetivo en función de la propia percepción, la biología diferencial, las experiencias previas y el entorno socio afectivo de la persona. Pretender establecer indicadores objetivos limita la prevención a aquello fácilmente observable, dejando de lado toda una serie de afectaciones a la salud que sólo se detectan en un inicio a través de la expresión de quienes la padecen, como los trastornos músculo esqueléticos que no aparecen en una radiografía, las alteraciones del sueño y de la alimentación ante situaciones de presión o estrés o la desmotivación ante trabajos monótonos o repetitivos.
- **Biología diferente.** Hay que partir de una biología diferente, y debemos tener claro que cuando hablamos de diferencia no nos referimos a supremacías de un sexo sobre otro, sino simplemente, a que no somos iguales ni respondemos igual. Quizá uno de los ejemplos más claros por su universalidad de conocimiento, tiene que ver con el análisis de indicadores de salud frente al estrés. Es frecuente que la lista de indicadores de salud no contemple las alteraciones de la menstruación, cuando ante una situación de estrés uno de los primeros cambios que se produce en las mujeres es

el relacionado con la misma: se adelanta, se atrasa, aumenta el sangrado, etc.

- **Criterios.** Por último, nos encontramos con la cuestión de los criterios para emitir el juicio de valor: estos normalmente se han definido en base a un prototipo de trabajador, supuestamente neutro, pero que en la realidad preventiva, responde al trabajador varón. Un ejemplo claro de esto lo encontramos en el establecimiento de valores límite para la exposición a sustancias tóxicas, este valor está definido para un tiempo determinado de exposición, unas características fisiológicas y unas condiciones de trabajo normales. Pero, ¿qué ocurre cuando la persona que trabaja es una mujer, con diferente biología, expuesta más horas de las contempladas y en condiciones de precariedad? Cabría preguntarse: ¿quién establece los límites? ¿Se pregunta a las trabajadoras si la exposición les está produciendo algún daño a la salud?

3. **Planificación de la actividad preventiva.** Planificar es buscar la mejor manera de solucionar los problemas: eliminar, reducir y controlar los riesgos, cómo, cuándo y quién es el responsable de su ejecución, seguimiento de las medidas, etc. Las medidas incluidas en cualquier planificación deberán tener en cuenta las diversidades de la población trabajadora y garantizar su participación.
4. **La vigilancia de la salud** deberá tener en cuenta las diferencias biológicas y desigualdades sociales, así como las enfermedades relacionadas con el trabajo. Es importante poder mostrar los datos epidemiológicos de la vigilancia por sexos.
5. **Formación.** En numerosas ocasiones las mujeres se ven excluidas de los procesos sociales: la vida sindical, políticas de prevención y de atención a la salud. Esta realidad supone que en las actividades de formación se debe realizar un esfuerzo suplementario con el objetivo de que las mujeres se integren plenamente en los procesos formativos, y adoptar medidas como incluir los problemas específicos de género en los programas de formación en prevención de riesgos laborales.

Buenas prácticas

Que las mujeres tomen la palabra

Ya hemos señalado como en la práctica general de prevención, es imprescindible la participación de trabajadores y trabajadoras, tanto por el conocimiento sobre el trabajo que realizan y cómo lo realizan, como por ser un elemento indispensable para que las personas adultas se impliquen en las intervenciones preventivas. Además, no podemos olvidar que la salud en el trabajo es un imperativo legal. Conseguir la participación de nuestras compañeras y compañeros de trabajo es un elemento clave de nuestra intervención sindical y requiere incorporarla como objetivo en nuestros planes de trabajo. Cuando nos referimos a colectivos laborales discriminados nuestras estrategias para conseguir la participación deben ser más intensos y planificados ya que los obstáculos son mayores.

Dos **ideas claves** para la participación son:

- Impulsar la presencia de mujeres como delegadas de prevención para formar parte de los Comités de Seguridad y Salud.
- Los problemas de salud relacionados con el género deben estar presentes en nuestra práctica cotidiana y conseguir que las mujeres participen activamente en la detección de necesidades, en compartir las experiencias y percepciones, en concretar las reivindicaciones y en las acciones necesarias para conseguirlas.

Visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres

En los apartados anteriores hemos abordado la relación entre condiciones de trabajo y salud desde una mirada de género. Son los elementos clave para visualizar la realidad de las mujeres, pero a la vez, y a pesar del conocimiento técnico actualmente existente sobre el tema, son elementos habitualmente ignorados por las políticas de prevención. Conocer si los puestos de trabajo ocupados por mujeres se han evaluado; si la evaluación de riesgos contempla el conjunto de los riesgos: seguridad, higiene, ergonómicos y psicosociales; si en la evaluación de riesgos se han tenido en cuenta los riesgos específicos de género: acoso sexual, doble presencia y las situaciones de discriminación; o si en la identificación de los riesgos se tienen en cuenta las diferencias de sexo (biológicos) y de género (sociales),

son algunas de preguntas claves que podemos formular para conseguir visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres.

La negociación colectiva: propuestas

La negociación colectiva es el marco más favorable donde los agentes sociales debemos aportar elementos de prevención y dar respuesta a las demandas respecto a la igualdad de oportunidades y la salud en el trabajo. En líneas generales la negociación colectiva debe:

- Adecuar los contenidos de los convenios a las últimas reformas legislativas planteando su revisión ya sea en las mesas negociadoras o en las Comisiones Paritarias de interpretación y vigilancia de los convenios.
- Fomentar la cultura preventiva incorporando la perspectiva de género a la negociación colectiva como estrategia de mejora de la seguridad y salud en el trabajo.
- Promover una mayor participación de las mujeres en las mesas de negociación de los convenios.
- Potenciar la formación y sensibilización en igualdad de oportunidades para delegadas y delegados de prevención y negociadoras y negociadores colectivos.
- Favorecer el establecimiento de cláusulas generales antidiscriminatorias en las que se recoja la aplicación del principio de igualdad y no discriminación y medidas positivas en diferentes materias relacionadas con la igualdad de género en el trabajo, tales como el acceso al empleo, la formación, la promoción, la no discriminación salarial, la conciliación de la vida familiar y laboral o el acoso sexual.

A continuación recogemos algunas propuestas de acción sindical para responder a los riesgos señalados en los apartados anteriores:

Combatir la discriminación por género

- **Promoviendo acuerdos** sectoriales y de empresa para fomentar la contratación de mujeres en actividades y ocupaciones tradicionalmente masculinas y el desarrollo de acciones positivas

para la promoción y formación profesional y continua de las mujeres para ocupaciones en las que están poco representadas.

- **Eliminando las discriminaciones salariales** y revalorizar el trabajo femenino mediante la vigilancia de convenios que evite la existencia de salarios inferiores en las categorías profesionales más feminizadas frente a las más masculinizadas, acudiendo si es preciso al control de la Inspección de Trabajo.

Conciliar la vida laboral y familiar

- Adecuando los convenios a la nueva legislación planteando su revisión en las mesas negociadoras o en las Comisiones Paritarias de interpretación y vigilancia de los mismos.
- Incorporando cláusulas que mejoren la legislación existente en aspectos como la ampliación de permisos retribuidos y no retribuidos, reducción de jornada y excedencia por motivos familiares, creación de un permiso individual por paternidad o mejora de las prestaciones sociales.
- Promover, impulsar e implantar Planes de Igualdad.

Evitar el acoso sexual

- Incluyendo en los convenios colectivos, sectoriales o de empresa, acuerdos, protocolos o cualquier estrategia que se acuerde con la empresa, cláusulas de prevención y sanción del acoso sexual. A la par, impulsando la adopción por parte de las empresas, de un procedimiento de denuncia y sanción interna, en el que tomen parte activa.

8. Reproducción, embarazo y lactancia

8. REPRODUCCIÓN, EMBARAZO Y LACTANCIA

“Cuando el trabajo amenaza a las generaciones futuras”

(Mengeot,M y Vogel,L)

El proceso reproductivo en los seres humanos empieza con la división y la maduración del espermatozoide en el hombre y del óvulo en la mujer. Continúa con la fertilización del óvulo por un espermatozoide y la implantación del óvulo fecundado en el útero materno, con el desarrollo y el crecimiento intrauterino del embrión o feto y se extiende a través de la etapa postnatal, incluyendo también la fase de la lactancia.

Muchos de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y las trabajadoras, tales como agentes físicos, químicos, biológicos o los ligados a la organización del trabajo -trabajo a turnos-, pueden producir efectos negativos importantes, afectando a la capacidad reproductiva de ambos y originando alteraciones en su descendencia.

La mayoría de estos factores de riesgo no han sido estudiados con respecto a sus efectos en la salud reproductiva; de los 100.000 sustancias químicas presentes en los centros de trabajo, sólo 4.000 han sido evaluadas por su toxicidad reproductiva y 400 de ellas son consideradas tóxicas para la reproducción.

En noviembre de 2006 los científicos de la escuela de salud pública de la Universidad de Harvard afirmaban que las sustancias químicas

afectan al desarrollo neurológico de millones de fetos y de niños (Grandjean, 2006). Hacen alusión a una “pandemia silenciosa”, constatando que sólo se controlan algunas sustancias como el plomo o el mercurio con objeto de proteger a los niños, mientras que otras 200 sustancias reconocidas como tóxicas para el cerebro humano no están reguladas para prevenir los efectos nefastos sobre el feto o el niño de corta edad.

Estos efectos incluyen tanto trastornos previos a la concepción (reducción del deseo sexual, alteraciones de la menstruación o reducción de la fertilidad) como alteraciones que se presentan después de la concepción (aborto espontáneo, muerte fetal, anomalías congénitas, retraso del crecimiento uterino, prematuridad, cáncer infantil y otras enfermedades infantiles o del adulto). Con frecuencia un mismo agente puede interferir en diferentes etapas y provocar diferentes tipos de alteraciones.

¿Cuántos hombres y mujeres están expuestos a tales riesgos en su vida profesional? ¿En qué medida las exposiciones profesionales provocan daños en la salud reproductiva? ¿La salud de cuántos niños está potencialmente debilitada desde su nacimiento a causa de los riesgos reproductivos a los que estuvieron expuestos sus padres? Todos los especialistas coinciden en que hay un gran desconocimiento de estos problemas. Aunque las dificultades relacionadas con la metodología son un hecho, el obstáculo principal es de índole política y social.

Hasta no hace mucho tiempo se consideraba a la mujer como más vulnerable a estos riesgos y, por tanto, principales responsables a la hora de la transmisión genética al feto. Está claro que esto no es así y se ha evidenciado que los hombres se ven afectados igualmente ante la exposición a determinados riesgos. Sólo a modo de ejemplo, podemos decir que el conteo de esperma parece evidenciar que en los últimos 30 años el número de espermatozoides ha disminuido entre un 30 y un 40 por ciento.

Por otro lado, la solución que a menudo se ha propuesto ante los riesgos reproductivos ha sido la de imponer discriminaciones a las mujeres. Con el pretexto de salvaguardar las generaciones futuras, se ha mantenido a las mujeres al margen de ciertas actividades profesionales.

Más que la salud y el bienestar de las mujeres como tal, era su

papel en la reproducción de la especie -construido tanto desde un punto de vista biológico como social- lo que justificaba una intervención por parte de los gobiernos. Así, durante mucho tiempo, las legislaciones han otorgado a las mujeres y a los niños un particular estatuto de personas protegidas.

El creciente número de mujeres que se incorporan al mercado de trabajo y la permanencia en él durante su edad fértil y embarazo, determinan de forma específica la importancia de la prevención del riesgo potencial para el embarazo y la lactancia en los lugares de trabajo.

Tanto el embarazo como la lactancia deben ser consideradas, junto con la reproducción, una contribución a la sociedad, y no sólo una cuestión privada de la madre y su pareja; de ahí la necesidad de prestar una atención especial a estas situaciones en la prevención de riesgos laborales en los lugares de trabajo.

A pesar de que actualmente hay mecanismos legales y suficientes conocimientos técnicos para establecer políticas de prevención adecuadas en las empresas, la realidad es que existe una invisibilidad total de las alteraciones de la reproducción y, como consecuencia, una ausencia total de políticas de prevención.

Para asegurar que el trabajo no afecta la capacidad reproductiva ni daña al embrión en los primeros días, que es justamente el periodo de mayor sensibilidad, es necesario actuar frente al riesgo reproductivo desde el momento en el que un trabajador o trabajadora en edad fértil se incorpora a la empresa. La legislación marca claramente la obligación del empresario de adoptar las medidas necesarias para garantizar la salud reproductiva de la población trabajadora; esto significa la necesidad de identificar, evaluar y gestionar adecuadamente estos riesgos, garantizando el adecuado desarrollo del embarazo y de la lactancia natural. Con demasiada frecuencia las empresas empiezan a tomar medidas en relación con el control del riesgo reproductivo sólo cuando aparece algún problema o cuando se conoce el embarazo de una trabajadora. Así, sigue existiendo a nivel social una falsa sensación de protección y a nivel de empresa se siguen manejando criterios ciertamente “paternalistas” que enmascaran un claro incumplimiento de la legislación vigente.

Tutela de la salud reproductiva y la maternidad

Aunque socialmente se le da mayor importancia al embarazo, el conocimiento científico evidencia la necesidad de abordar las políticas de prevención laboral desde un ámbito más integral como es el de la salud reproductiva, y ello por varios motivos:

- Para evitar que exposiciones laborales anteriores a la concepción puedan alterar la información genética de las células sexuales, ocasionando alteraciones de la reproducción (infertilidad, aborto, malformaciones congénitas...)
- Para garantizar la capacidad de procreación, la salud de la mujer y la salud del feto y recién nacido.

Actuar sobre el riesgo reproductivo cuando se conoce el embarazo de la trabajadora es un error. Los datos disponibles revelan que, por lo general, los embarazos se comunican al empresario entre la 7ª y la 10ª semana de gestación. Los riesgos más elevados de malformaciones del embrión se concentran entre la 3ª y la 8ª semana de gestación, con periodos más críticos dependiendo de los órganos. Asimismo, el riesgo de aborto espontáneo es mucho mayor durante las primeras semanas del embarazo. Esto supone que las medidas de prevención sobre la exposición a agentes mutagénicos o tóxicos para la reproducción sean ineficaces para la gran mayoría de las mujeres, siendo necesario actuar desde el momento en que el trabajador o trabajadora en edad fértil se incorpora a la empresa.

Por ello, la prevención de riesgos laborales empieza por el control de la función reproductiva de hombres y mujeres, en la fase de pre-concepción, y continúa con la protección de la mujer trabajadora, lactante y su descendencia. Esta finalidad se contempla en la **Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales** en los **artículos 25** sobre protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos) y **26** sobre Protección de la maternidad.

Artículo 25: *“En las evaluaciones de riesgos se deberán tener en cuenta los factores de riesgo que puedan incidir en la función de **procreación de trabajadores y trabajadoras**, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de **la fertilidad como del desarrollo de la descendencia...**”*

Artículo 26: *“La evaluación de riesgos deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las **trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o durante el periodo de lactancia** a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la **salud de las trabajadoras, del feto o del lactante**, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico...”*

En ambos artículos se contempla el deber del empresario de tener en cuenta las condiciones de trabajo que constituyan un riesgo y adoptar las medidas de protección y prevención necesarias.

Cuando hablamos de **protección de la maternidad** partimos de la base de que un ambiente laboral nocivo ejerce una influencia negativa sobre las personas expuestas, sean hombres o mujeres. Esta influencia adquiere caracteres peculiares en relación con la función reproductiva y, muy especialmente, durante el periodo de gestación y lactancia.

Para proteger la maternidad hay que eliminar o reducir lo más posible la exposición a sustancias químicas, agentes físicos, agentes biológicos y situaciones laborales que ocasionen tensión. Hay que suprimir totalmente del entorno laboral las sustancias mutágenas, tóxicas para la reproducción y carcinógenas.

Estas situaciones han sido objeto de atención especial tanto en nuestra legislación como en la legislación europea:

- **Directiva 92/85/CEE (19/10/92):** “Aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia”.
- **Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (8/11/95):** traspone parcialmente las directrices comunitarias relativas a la protección de la salud de la mujer embarazada. Artículos 25 y 26 de la LPRL.
- **RD 39/1997. Servicios de Prevención (17/1/97):** Art.37.3.g. “El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente”.

- **Ley 39/1999 de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral** (5/11/99): art. 2 (reducción jornada en periodo de lactancia), art. 5 (suspensión de contrato por maternidad con reserva de puesto de trabajo), art. 6 (suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo con reserva de puesto de trabajo), art. 7 apartado 2 (despido nulo por maternidad y riesgo durante el embarazo).
- Comunicación de la Comisión COM (2000) 466 (5/10/2000): Directrices para la evaluación de agentes químicos, físicos y biológicos, así como procedimientos industriales considerados peligrosos para la seguridad y salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.
- **Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres** (22/3/2007): introduce una nueva prestación de riesgo durante la lactancia natural hasta que el lactante cumpla nueve meses, la prestación económica por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural pasa del 75 por ciento de la base reguladora al 100 por cien y las dos prestaciones pasan a considerarse como contingencias profesionales, ocupándose de su gestión y pago las mutuas en las empresas asociadas (o el INSS en el caso de empresas asociadas a él).
- **Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo**, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia: incorpora dos anexos donde se especifican las lista no exhaustivas de riesgos que deben ser evaluados.

Otras referencias legislativas

- **RD 486/1997. Lugares de Trabajo** (14/4/97): Anexo V. Servicios higiénicos y locales de descanso. “Las trabajadoras embarazadas y madres lactantes deberán tener la posibilidad de descansar tumbadas en condiciones adecuadas”. Este mismo planteamiento aparece también en el RD 150/1996 de Seguridad Minera y en el RD 665/1997 de Obras de Construcción.

- **RD 664/1997. Agentes Biológicos (12/5/97):** Art.4.3.f. “La evaluación se efectuará teniendo en cuenta el riesgo adicional para aquellos trabajadores especialmente sensibles en función de sus características personales o estado biológico, debido a circunstancias tales como patologías previas, medicación, trastornos inmunitarios, embarazo o lactancia”.
- En el Anexo II de este Real Decreto, la clasificación de los agentes listados se ha realizado considerando sus posibles efectos sobre trabajadores sanos, no teniendo en cuenta los efectos particulares en trabajadores y trabajadoras cuya sensibilidad se vea afectada por causas tales como patología previa, trastornos inmunitarios, embarazo o lactancia.
- **RD 783/2001.** Reglamento sobre protección sanitaria contra **radiaciones ionizantes (6/7/01).** **Art. 10. Protección especial durante el embarazo y la lactancia:** “Las condiciones de trabajo de la mujer embarazada serán tales (...) que sea improbable la exposición del feto a una dosis equivalente que exceda de 1 mSv (milisivert) desde la comunicación de su estado al titular de la práctica hasta el final del embarazo”.
- A la mujer en período de lactancia “no se le asignarán trabajos que supongan un riesgo significativo de contaminación radiactiva. Deberá asegurarse una vigilancia adecuada de la posible contaminación radiactiva de su organismo”.
- **RD 349/2003,** por el que se modifica el RD 665/1997 sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a **agentes cancerígenos** durante el trabajo, que amplía su ámbito de actuación a los **agentes mutagénicos.**
- **RD 374/ 2001,** sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los **agentes químicos** durante el trabajo.

¿Cómo actuar en el marco de la empresa?

La legislación marca claramente la obligación del empresario de adoptar las medidas necesarias para garantizar la salud reproductiva de la población trabajadora, esto significa la necesidad de identificar, evaluar y gestionar adecuadamente estos riesgos, aunque con

demasiada frecuencia las empresas empiezan a tomar medidas en relación con el control del riesgo reproductivo sólo cuando aparece algún problema o cuando se conoce el embarazo de una trabajadora.

A la hora de intervenir en las empresas la gestión pasa, como en el resto de factores de riesgo por tres aspectos: identificación y evaluación de los riesgos para la reproducción, embarazo y lactancia, control de los riesgos y adopción de las medidas preventivas necesarias.

Identificar y evaluar los riesgos

El empresario (a través de su servicio de prevención de riesgos laborales) debe identificar si en su empresa existen riesgos que puedan poner en peligro la reproducción de sus trabajadores así como la salud de las mujeres embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o se hallen en periodo de lactancia, sin olvidar la etapa de preconcepción, que afecta tanto a hombres como a mujeres.

Tras la identificación se deben eliminar los riesgos y evaluar aquellos que no se hayan podido eliminar.

En la evaluación de riesgos se tendrán en cuenta los **factores de riesgos que puedan incidir en la procreación y en la descendencia** (artículo 25 LPRL), y también la **exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente** a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que influyan negativamente en su salud, en la del feto o en la del lactante (artículo 26 LPRL).

El Reglamento de Servicios de Prevención en su artículo 4 (“Contenido general de la evaluación”) refiere que la evaluación inicial de riesgos deberá extenderse a cada uno de los puestos de trabajo de la empresa en que concurren dichos riesgos, teniendo en cuenta la posibilidad de que el trabajador que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible.

A partir de la evaluación inicial, deberán volver a evaluarse los puestos de trabajo que puedan verse afectados por la incorporación de **un trabajador cuyas características personales o estado biológico** conocido lo hagan especialmente sensible a las condiciones del puesto.

Cuando se produzca un embarazo se deberá volver a evaluar el puesto de la trabajadora con el objetivo de adaptar el trabajo a su

nueva situación; incluso puede ser necesario realizar más de una evaluación, puesto que el embarazo es un proceso dinámico que puede requerir en cada momento diferentes condiciones de adaptación.

Si la evaluación de riesgos pone de manifiesto la existencia de los mismos, el empresario debe adoptar las medidas preventivas necesarias para eliminar, minimizar o controlar todos los riesgos para la seguridad y salud de las trabajadoras.

¿Qué riesgos deben evaluarse?

El **Real Decreto 298/2009**, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o se halle en período de lactancia, incorpora dos anexos importantes, que especifican los riesgos que deben ser evaluados, pero que hay que dejar claro que son de carácter no exhaustivo (manteniendo así el mismo carácter de la Directiva 92/85/CEE).

<<ANEXO VII>>

Lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural

A. Agentes

1. Agentes físicos, cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales o provocar un desprendimiento de la placenta, en particular:

- a) Choques, vibraciones o movimientos.
- b) Manipulación manual de cargas pesadas que supongan riesgos, en particular dorsolumbares.
- c) Ruido.

- d) Radiaciones no ionizantes.
- e) Frío y calor extremos.
- f) Movimientos y posturas, desplazamientos, tanto en el interior como en el exterior del centro de trabajo, fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

2. Agentes biológicos.- Agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, según la clasificación de los agentes biológicos establecida en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o del feto y siempre que no figuren en el anexo VIII.

3. Agentes químicos.- Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, del feto o del niño durante el período de lactancia natural y siempre que no figuren en el anexo VIII:

- a) Las sustancias etiquetadas R 40, R 45, R 46, R 49, R 68, R 62 y R 63 por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H351, H350, H340, H350i, H341, H361f, H361d y H361fd por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, en la medida en que no figuren todavía en el anexo VIII.
- b) Los agentes químicos que figuran en los anexos I y III del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
- c) Mercurio y derivados.
- d) Medicamentos antimicóticos.

- e) Monóxido de carbono.
- f) Agentes químicos peligrosos de reconocida penetración cutánea.

B. Procedimientos

Procedimientos industriales que figuran en el anexo I del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

<<ANEXO VIII>>

Lista no exhaustiva de agentes y condiciones de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural

A. Trabajadoras embarazadas

1. Agentes

- a) Agentes físicos:

Radiaciones ionizantes.

Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo, en locales a presión, submarinismo.

- b) Agentes biológicos:

Toxoplasma.

Virus de la rubeola.

Salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.

- c) Agentes químicos:

Las sustancias etiquetadas R60 y R61 por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H360F, H360D, H360FD, H360Fd y H360Df por el Regla-

mento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el “Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España” publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo.- Trabajos de minería subterráneos.

B. Trabajadoras en período de lactancia

1. Agentes químicos:

Las sustancias etiquetadas R64, por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o H362 por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el “Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España” publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo.- Trabajos de minería subterráneos.

La trabajadora embarazada no podrá realizar actividades que supongan riesgo de exposición a los agentes o condiciones de trabajo incluidos en la lista no exhaustiva de la parte A del anexo VIII, cuando, de acuerdo con las conclusiones obtenidas de la evaluación de riesgos, ello pueda poner en peligro su seguridad o su salud o la

del feto. Igualmente la trabajadora en período de lactancia no podrá realizar actividades que supongan el riesgo de una exposición a los agentes o condiciones de trabajo enumerados en la lista no exhaustiva del anexo VIII, parte B, cuando de la evaluación se desprenda que ello pueda poner en peligro su seguridad o su salud o la del niño durante el período de lactancia natural. En los casos previstos en este párrafo, se adoptarán las medidas previstas en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, con el fin de evitar la exposición a los riesgos indicados.

Al ser “listas no exhaustivas”, entendemos que a estos riesgos deben añadirse, y por tanto evaluarse, todos los factores de riesgo con posibles efectos en la reproducción y en la maternidad, que aparecen reflejados en los capítulos tratados anteriormente “exposiciones asociadas con efectos adversos para la reproducción masculina y femenina”.

Es imprescindible que los trabajadores y trabajadoras conozcan qué sustancias químicas utilizan a través del etiquetado, obligatorio, y de la ficha de seguridad, que debe proporcionarles la empresa.

Actuaciones ante la presencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural

No existe obligación legal de realizar la comunicación de la mujer embarazada o lactante sobre su estado a la empresa, pero se recomienda comunicarlo por escrito para asegurar la protección ante el riesgo, ya que el empresario tiene la obligación de actuar a partir del conocimiento de la situación de embarazo o lactancia natural.

Tras la comunicación de embarazo o lactancia por parte de la trabajadora el empresario debe reevaluar los riesgos, y ante una situación de persistencia de riesgo para la seguridad y salud, tanto de la mujer como para su descendencia, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo.

1. Adaptación de las condiciones y/o del tiempo de trabajo

Las medidas para evitar la exposición al riesgo se basarán en una adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo, incluyendo, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.

Algunas recomendaciones a este respecto dadas por el **INSHT** (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo)¹⁰ son:

- Eliminar o reducir en lo posible la carga de trabajo, especialmente en lo que se refiere a manejo de pesos y posturas forzadas.
- Disminuir el tiempo de exposición a trabajos pesados y aumentar el número de pausas.
- Posibilitar que la mujer embarazada pueda cambiar de posición con cierta frecuencia.
- En caso de que la mujer embarazada tenga distribuidas las tareas en distintos puestos o plantas en un edificio, se intentará ubicar, siempre que sea posible, todas las tareas en una sola planta y puesto, evitando desplazamientos innecesarios.
- Ya que el trabajo nocturno y a turno es un agravante de la carga de trabajo, es recomendable su reducción o, incluso, la supresión del mismo, en caso necesario.

Algunos estudios en Dinamarca señalan que el riesgo de contraer un cáncer de mama es 50 por ciento más elevado entre las mujeres que trabajan por la noche e incluso 70 por ciento en el caso de las que trabajan por la noche durante más de 6 años. La causa puede estar en las alteraciones del sueño y de la reducción a la exposición a la luz natural, lo que influye en el nivel de melatonina.

El sistema danés ha comenzado a reconocer como profesional el cáncer de mama de trabajadoras que trabajaron largas temporadas en trabajo nocturno. Así, a 40 enfermeras y azafatas danesas que desarrollaron cáncer de pecho y no tenían otro factor de riesgo que haber trabajado en turno nocturno por lo menos una vez a la semana durante los 20 años anteriores, se les ha reconocido este cáncer como profesional.

Habría que hacer una discriminación positiva y que un puesto nocturno y a turnos se adjudicara antes a un hombre que a una mujer, porque ésta, por su papel reproductor y de madre debería cuidar aun más las pautas de su salud y bienestar. Se ha constatado la relación

10. NTP 413: Carga de trabajo y embarazo.

del trabajo nocturno o a turnos con la producción de abortos espontáneos y partos prematuros, por causa de la “especial tensión física y mental que generan”.

2. Cambio de puesto de trabajo

Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no sea posible, o que a pesar de aplicar adaptaciones se mantuviera el riesgo, habrá que recurrir al cambio de puesto de trabajo, pasando la trabajadora a desempeñar uno diferente y compatible con su estado. Serán los servicios médicos del Instituto Nacional de Seguridad Social o de las Mutuas -en función de la entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales— quien certifique que las condiciones de un puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada, lactante o en su descendencia.

El empresario debe determinar, previa consulta con la representación de los trabajadores, la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos.

El cambio de puesto de trabajo o función se hará de conformidad con las reglas y criterios de movilidad funcional del art. 39 del Estatuto de los Trabajadores, teniendo la trabajadora derecho a la retribución correspondiente a las funciones que realice. Si no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando las retribuciones de su puesto origen.

3. Suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural

Si el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pudiera razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, contemplada en el art. 45.1 d) del Estatuto de los Trabajadores.

Esta suspensión supone la interrupción temporal de la prestación laboral sin que por ello se extinga el contrato entre la empresa y la

trabajadora; conlleva el cese temporal de las principales obligaciones de las partes: trabajar y remunerar el trabajo. La suspensión se mantendrá mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro compatible con su estado.

Gestión de la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural

La prestación económica por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural trata de proteger la salud de la mujer trabajadora, del feto y del recién nacido; y de cubrir la pérdida de ingresos que se produce durante el período de suspensión del contrato de trabajo o de la actividad.

Hay que diferenciar cuando la evolución clínica del embarazo presenta problemas (riesgo genérico, embarazo de riesgo... que generen una situación de incapacidad temporal por contingencias comunes) y cuando la fuente del problema es la exposición laboral, dando origen al subsidio de riesgo durante el embarazo y la lactancia.

Tienen derecho a la prestación todas las afiliadas y en alta en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, incluido el régimen especial de empleadas del hogar y trabajadoras autónomas. No se exige período mínimo de cotización al considerarse contingencia profesional.

Los trámites que se han de realizar son:

1. Solicitar al profesional médico del sistema público de salud un informe que certifique el embarazo o la lactancia natural.
2. Comunicar la situación de embarazo o lactancia natural a la empresa y a las personas con responsabilidad en prevención de riesgos laborales y a los delegados y las delegadas de prevención.
3. Solicitar por medio de la representación legal de los trabajadores la evaluación de riesgos y conocer la posible existencia de riesgos para su embarazo o lactancia en su puesto de trabajo, así como las medidas de prevención previstas.

4. Solicitar a la empresa la eliminación de los riesgos, o en su caso, el cambio de puesto de trabajo. Si no hay puesto alternativo, se solicitará la suspensión en el puesto de trabajo y la prestación de riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural.

La trabajadora deberá solicitar a la entidad gestora (INSS) o mutua la suspensión del contrato o actividad por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, acompañado por:

- Informe del médico del servicio público de salud que la asiste. En la solicitud, en caso de lactancia, se adjuntará el informe del pediatra que le esté tratando.
- Declaración de la empresa sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua emitirán, cuando sea oportuno, certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la trabajadora, en el feto y/o en el lactante.

El Director Provincial de la entidad gestora de la provincia en que resida la interesada, dictará y notificará la resolución a la interesada en el plazo de 30 días.

Características de la prestación

El derecho nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural, tras la declaración de situación de riesgo emitida por los servicios médicos competentes.

No hay un período máximo de duración establecido, por lo que se abonará durante el período necesario para la protección de la seguridad o de la salud de la trabajadora y/o del feto, y finalizará el día anterior a aquél en que se inicie la suspensión del contrato de trabajo por maternidad o el de reincorporación de la mujer trabajadora a su puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado.

En el caso de trabajadoras contratadas a tiempo parcial, se abonará durante todos los días naturales en que se mantenga la suspensión

del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, con la excepción aludida en el párrafo anterior.

En el caso de la prestación por lactancia natural, la prestación se abonará durante el período necesario para la protección de la salud de la trabajadora y/o del hijo y finalizará en el momento en que el hijo cumpla 9 meses, salvo que la trabajadora se haya incorporado con anterioridad a su puesto de trabajo/actividad profesional anterior o a otro/otra compatible con su situación.

La cuantía de la prestación es el 100 % de la base reguladora, que será la equivalente a la que esté establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.

Al efectuarse el pago, se deducirán los importes por cotizaciones a la Seguridad Social (trabajadoras por cuenta ajena) y, en su caso, las retenciones que procedan por IRPF.

Para ser beneficiaria de esta prestación, la trabajadora deberá cumplir, entre otros, el requisito de estar afiliada y en alta en un régimen de Seguridad Social. Consecuentemente, la trabajadora no podrá acceder a la prestación desde una situación asimilada a la de alta ni desde la situación de no alta.

La percepción del subsidio es compatible con el mantenimiento de aquellas actividades que viniera desempeñando o incluso que pudiera comenzar a desempeñar después de la suspensión del contrato y que no impliquen riesgo durante el embarazo.

Es decir, se pueden realizar otros trabajos por cuenta propia o por cuenta ajena si son compatibles con el estado de embarazo

En caso que la trabajadora finalice su vinculación con la empresa, por ejemplo, por tener un contrato temporal, un contrato por obra y servicio o un contrato fijo discontinuo en el que termina el tiempo de actividad; automáticamente cesa este tipo de prestación, ya que el contrato ya no estaría en suspensión, ni existe un puesto de trabajo que propicie el riesgo para la gestación. Art. 37 RD 293/2009.

Finalizada la situación de riesgo, si la beneficiaria precisa asistencia sanitaria y se encuentra impedida para el trabajo, se iniciará la situación de incapacidad temporal que corresponda siempre y cuando reúna los requisitos generales para tener derecho a esta prestación.

Cuando la trabajadora se encuentre en situación de incapacidad temporal y, durante la misma, solicite la prestación de riesgo durante el embarazo, no procederá el reconocimiento, en su caso, del subsidio, hasta que se extinga la situación de incapacidad temporal.

En caso de pluriactividad, si la situación de riesgo afecta a todas las actividades desempeñadas, la trabajadora sí tendrá derecho a la prestación en cada uno de los regímenes, siempre que reúna los requisitos exigidos de forma independiente en cada uno de ellos.

Si la situación de riesgo no afecta a todas las actividades realizadas, la trabajadora tendrá derecho al subsidio únicamente en el régimen en que esté incluida la actividad de riesgo.

Nulidad del despido

La Ley orgánica 3/2007 de Igualdad, establece la nulidad del despido, salvo que se declare la procedencia de la decisión extintiva por motivos no relacionados con el ejercicio de los derechos señalados, para los periodos de:

- Suspensión del contrato por maternidad
- Suspensión por riesgo durante el embarazo.
- Suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural.
- Incapacidad temporal derivada del embarazo, parto o lactancia natural.

Bonificaciones de las cuotas empresariales a la Seguridad Social

Se bonifican al 100% las cuotas empresariales de la Seguridad Social, incluidas las de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, y en las aportaciones empresariales de las cuotas de recaudación conjunta, a los contratos de interinidad celebrados con personas desempleadas para sustituir a las trabajadoras que se encuentran en situación de suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural. Esta bonificación se aplica también a las cotizaciones por las trabajadoras sustituidas mediante dichos contratos de interinidad bonificados durante la situación de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural.

En los supuestos en que, por razón de riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, la trabajadora, en virtud de lo previsto en la LPRL, sea destinada a un puesto compatible con su estado, se aplicará con respecto a las cuotas devengadas durante el periodo de permanencia en el nuevo puesto de trabajo o función, una reducción, a cargo del presupuesto de la Seguridad Social, del 50 por ciento de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes.

Propuestas para la negociación colectiva

La negociación colectiva debe mejorar y desarrollar la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y sus Reglamentos, así como cubrir los vacíos que presentan o servir de norma interpretativa cuando no sean suficientemente claros o concisos los peligros, los riesgos a evaluar, o cuando las medidas de protección no estén concretadas.

En el ámbito de la salud en el trabajo, al igual que en el ámbito laboral general, debe fomentarse el instrumento de la negociación colectiva como fuente de derecho esencial para la mejora de las condiciones de trabajo y la eliminación de discriminaciones.

No hay que olvidar otros temas que afectan a la salud física y psíquica de la mujer trabajadora, como el acoso sexual y la doble presencia, que ya hemos visto a lo largo de este estudio y que deberán formar parte tanto de las políticas preventivas de las empresas como de las negociaciones para los futuros convenios colectivos.

Algunas de las mejoras que en materia de reproducción y maternidad pueden incluirse en la negociación son:

- Considerar en las evaluaciones los riesgos laborales para la reproducción y la maternidad y establecer una adecuada protección frente a ellos.
- Favorecer y reforzar el cumplimiento del artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (adaptación o cambio del puesto de trabajo) y, ante la imposibilidad de encontrar un puesto exento de riesgo para la salud de la madre, suspensión del contrato con reserva del puesto de trabajo por riesgo en el embarazo y lactancia.

- Definir qué actividades, puestos de trabajo o funciones específicas pueden suponer un riesgo importante para las mujeres embarazadas o lactantes.
- Elaborar una relación de puestos de trabajo exentos de riesgo para la mujer embarazada y/o el feto o el lactante.
- No modificar las condiciones de trabajo o limitar la movilidad geográfica no deseada durante el embarazo, período de lactancia, suspensión del contrato de trabajo por riesgo en el embarazo y suspensión del contrato de trabajo por maternidad.
- No podrán realizarse despidos o extinciones de contrato durante el embarazo, suspensión del contrato de trabajo por riesgo en el embarazo y suspensión del contrato de trabajo por maternidad.
- No llevar a cabo prácticas discriminatorias dirigidas a la no contratación de trabajadoras en edad de procrear.
- Elaboración de protocolos de actuación ante situaciones de riesgo laborales para la reproducción y maternidad.
- Ampliar la reducción de la jornada de media hora por lactancia a una hora, tanto al inicio, como al intermedio o al final de la jornada de trabajo. Posibilidad de acumular el tiempo semanal o mensualmente a continuación de la suspensión de maternidad.
- Adaptar la jornada y el tiempo de trabajo en el último trimestre del embarazo para todas las trabajadoras embarazadas (reducción de jornada, posibilidad de hacer jornada continua...)
- Medidas que favorezcan una distribución flexible y negociación de los tiempos de trabajo, que permita compatibilizar los intereses de los trabajadores y trabajadoras que cuenten con responsabilidades familiares.

Prevenir sin discriminar

En la regulación y protección de los trabajadores frente al riesgo reproductivo de origen laboral hay que evitar cualquier tipo de discriminación por género y no olvidar que el objetivo de la prevención es evitar los riesgos tanto de los trabajadores como de las trabajadoras.

En algunos casos se utiliza el argumento de la prevención del riesgo reproductivo para discriminar a las mujeres de determinados puestos de trabajo.

Uno de los problemas mayores que plantean las políticas de exclusión de las mujeres es que, al tiempo que discriminan a las mujeres fértiles denegándolas el acceso a determinados puestos de trabajo, o apartándolas de ellos, los hombres fértiles están expuestos a los mismos riesgos.

9. Daños a la salud

9. DAÑOS A LA SALUD

*“Ellos se accidentan,
nosotras nos desgastamos”* (Mia Latta¹¹)

La finalidad de la prevención es proteger a las personas trabajadoras de los riesgos que se derivan de su trabajo; por tanto, una buena actuación en prevención de riesgos laborales implica evitar las causas que provocan daños a la salud. Estos daños a la salud pueden manifestarse como accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, estrés laboral, insatisfacción en el trabajo, envejecimiento prematuro, relaciones sociales conflictivas, etc. Desde el marco legislativo se define **accidente de trabajo**¹² como *toda “lesión corporal que sufre el trabajador por cuenta ajena o como consecuencia de su trabajo”*, tanto en el trayecto de su domicilio al centro de trabajo y viceversa (*in itinere*), como dentro de éste. La jurisprudencia ha ampliado el concepto de lesión corporal, incluyendo también las lesiones psíquicas.

Enfermedad profesional es aquella *“contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se*

11. Fundación para la mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo.

12. Desde 2004 los trabajadores autónomos que lo decidan, de forma voluntaria, pueden asegurar las contingencias profesionales con una mutua y por tanto, también pueden ser objeto de declaración de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.

*especifiquen en el **cuadro** que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”¹³.*

Ya se ha señalado cómo la causa específica de las diferencias de salud en el trabajo entre hombres y mujeres no está relacionada con el sexo, sino más bien con las condiciones de trabajo. Para entender estas diferencias de salud se hace necesario visualizar en primer lugar dónde trabajan las mujeres y hombres y después qué condiciones de trabajo caracterizan los diferentes sectores en los que se concentran.

Seis de cada 10 mujeres trabajan en el sector servicios, en ocupaciones que prolongan las tareas tradicionalmente asignadas al género femenino: enfermeras, maestras, limpiadoras, administrativas, cajeras, vendedoras, trabajadoras sociales. En el sector industrial, donde trabajan 2 de cada 10 mujeres, éstas ocupan puestos de trabajo de baja o nula cualificación, en cadenas de montaje de industrias manufactureras donde el trabajo es monótono y repetitivo. La carga física en estas ocupaciones no es tan evidente como en las desempeñadas por hombres: se producen menos sobreesfuerzos por manipulación de cargas, pero en cambio las posturas mantenidas durante largos periodos y el trabajo repetitivo provocan alteraciones músculo-esqueléticas de difícil diagnóstico.

La situación de precariedad de las mujeres en el mercado laboral con mayores tasas de temporalidad y contratación a tiempo parcial que los hombres, las prácticas sociales sexistas que dan lugar a situaciones de acoso sexual, discriminación en las promociones y en la remuneración, así como la doble presencia en el ámbito familiar y laboral, no hacen más que acentuar estos daños a la salud provocando un lento y acusado desgaste que es obviado en muchas prácticas preventivas. Todos estos aspectos ya han sido tratados en capítulos anteriores con lo que se puede afirmar que, condiciones de trabajo diferentes inciden de manera diferente en la evolución de la salud entre hombres y mujeres.

13. Desde 2004 los trabajadores autónomos que lo decidan, de forma voluntaria, pueden asegurar las contingencias profesionales con una mutua y por tanto, también pueden ser objeto de declaración de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.

Además, no hay que olvidar que, en relación a las enfermedades profesionales, las estadísticas oficiales subestiman la incidencia real de enfermedades relacionadas con el trabajo, infravalorando el verdadero impacto de éstas en nuestro país y en nuestra Comunidad.

Son muchas las enfermedades de origen laboral tratadas como enfermedades comunes y asumidas por el Sistema Público de Salud, causando un grave perjuicio para las trabajadoras y los trabajadores, tanto económico como asistencial, sin contar la dificultad añadida que esto supone para prevenir y eliminar en su origen las causas que las provocaron. Además, la aprobación del Real Decreto 1299/2006¹⁴ y la actualización del listado de enfermedades profesionales no han solucionado el problema de la infradeclaración de las enfermedades profesionales.

Accidentes de trabajo

El estudio de la accidentalidad en hombres y mujeres expresa resultados bien dispares. *Según datos estadísticos elaborados por el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (IRSST) sobre la siniestralidad laboral en la Comunidad de Madrid, el número de accidentes de trabajo ocurridos en el año 2011, durante la jornada de trabajo y que tuvieron como consecuencia una baja laboral afecta en mayor medida a hombres, con un gran margen de diferencia.*

**TABLA 5. ACCIDENTES DE TRABAJO EN JORNADA DE TRABAJO CON BAJA
Y SEGÚN GRAVEDAD. COMUNIDAD DE MADRID. 2011**

		Leve	Grave	Mortal	Total
Hombre	Frecuencia	53,425	307	60	53,792
	% sobre el total	67,81%	85,51%	93,7%	67,91%
Mujer	Frecuencia	25,357	52	4	25,413
	% sobre el total	32,19%	14,49%	6,3%	32,09%
Total	Frecuencia	78,782	359	64	79,205

14. Por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

En términos absolutos, durante el año 2011, se han producido un total de 79.205 accidentes laborales con baja en la Comunidad de Madrid, de los cuales 25.413 ocurrieron a trabajadoras, lo que supone un 32,09 por ciento del total. Esta diferencia se entiende si tenemos en cuenta que los sectores con mayor índice de accidentes de trabajo en nuestra Comunidad son los sectores relacionados con la elaboración de productos metálicos, madera, muebles, plásticos y otras manufacturas, transporte, construcción y saneamiento público, sectores éstos en los que la participación de la mujer es muy escasa, salvo en las ocupaciones administrativas donde el riesgo de accidente es muy pequeño.

TABLA 6. ACCIDENTES DE TRABAJO EN JORNADA DE TRABAJO CON BAJA, SEGÚN SECTOR Y GRAVEDAD. COMUNIDAD DE MADRID. 2011 (DATOS PROVISIONALES).

SECTORES ACTIVIDAD CNAE2009+CNAE93	LEVES		GRAVES		MORTALES	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AGRICULTURA	430	106	2	-	-	-
INDUSTRIA	9.570	1.563	44	2	7	-
CONSTRUCCIÓN	11.097	183	88	2	21	-
SERVICIOS	32.328	23.505	173	48	32	4
TOTALES	53.425	25.357	307	52	60	4

Es en el sector servicios donde el índice de accidentes **leves** ha sido más alto -tanto entre hombres como en mujeres-, alcanzando entre éstas un 42 por ciento (23.505), frente a un 58 por ciento (32.328) en los hombres. Les sigue el sector industria, con un 14 por ciento (1.563) en mujeres y 9.570 en hombres (86 por ciento). Con respecto a los accidentes **graves**, también es en el sector servicios donde se concentran los accidentes entre las mujeres, 48 accidentes (22 por ciento) frente a los 173 accidentes masculinos (78 por ciento). Finalmente, se han producido 4 accidentes **mortales** en las mujeres (todas en el sector servicios) frente a los 32 en hombres.

El análisis de los accidentes por rama de actividad económica permite una desagregación mayor. Según datos recogidos en el Informe elaborado por el IRSST sobre *Accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid-2010*¹⁵, al analizar las ramas de actividad según el sexo, las mujeres se accidentan más en: **actividades postales y de correos; recogida, tratamiento y eliminación de residuos; actividades de servicios sociales sin alojamiento, asistencia en establecimientos residenciales**, etc. resaltar que es en las **actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico** donde encontramos una incidencia para los accidentes mortales de las mujeres muy superior al resto.

En la siguiente tabla, se recogen algunas de las ramas de actividad con mayores incidencias en accidentalidad para las mujeres.

TABLA 7. ÍNDICE DE INCIDENCIA DE LOS ACCIDENTES EN JORNADA LABORAL SEGÚN GRAVEDAD Y RAMA. COMUNIDAD DE MADRID 2010.

RAMA DE ACTIVIDAD	LEVE	GRAVE	MORTAL	TOTAL
Mujer				
Actividades postales y de correos	9.801,53	-	-	9.801,53
Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	8.138,58	-	-	8.138,58
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	6.230,49	-	-	6.230,49
Asistencia en establecimientos residenciales	5.933,85	3,16	3,16	5.940,17
Industria de la alimentación	5.508,91	-	-	5.508,91
Servicios de alojamiento	5.455,61	-	-	5.455,61
Industria del papel	5.031,88	-	-	5.031,88
Fabricación de material y equipo eléctrico	4.854,47	-	-	4.854,47
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1.314,90	-	33,72	1.348,62

15. En la fecha de este informe no hay aún datos del 2011 sino del 2010. Fuente: "Accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid". Consejería de Educación y Empleo. 2012

Enfermedades profesionales

Para el análisis de las enfermedades profesionales (EEPP) se han utilizado los datos de las EEPP comunicadas en la Comunidad de Madrid en los años 2009 a 2011 facilitados por la Dirección General de la Seguridad Social. Asimismo, se han utilizado los datos de población afiliada con la contingencia cubierta de accidente de trabajo y enfermedad profesional y de población ocupada procedentes de la Encuesta de Población Activa, para el cálculo de las correspondientes tasas de incidencia.

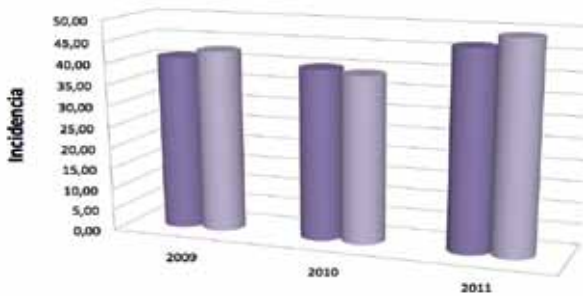
En los años 2009 a 2011 se han comunicado en Madrid un total de 3080 enfermedades profesionales, 1592 (51,69 por ciento) en los hombres y 1488 (48,32 por ciento) en mujeres. Observándose en 2011 un incremento respecto a 2010 en ambos sexo.

**TABLA 8. PARTES COMUNICADOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SEGÚN SEXO.
COMUNIDAD DE MADRID. TRIENIO: 2009-2010-2011**

	AÑO COMUNICACIÓN			
	2009	2010	2011	TOTAL
HOMBRE	520	501	571	1592
MUJER	488	443	557	1488
TOTAL	1008	944	1128	3080

Aunque los datos absolutos parecen indicar una distribución similar de las enfermedades profesionales entre hombres y mujeres, al calcular la incidencia de ambos sexos, se observa cómo ésta es mayor en las mujeres, 49,1 por cien mil en las mujeres frente a 46,51 por cien mil en hombres en 2011.

GRÁFICO 12. ENFERMEDADES PROFESIONALES
INCIDENCIA SEGÚN SEXO
MADRID 2009-2011



	2009	2010	2011
■ hombres	41,01	40,01	46,51
■ mujeres	42,83	39,14	49,10

Del total de partes de enfermedades profesionales comunicados en este periodo, 1826 (59,28 por ciento) cursaron con baja laboral y 1254 (40,72 por ciento) se cerraron sin baja, apareciendo una clara diferenciación según el sexo. Así para las mujeres, el 66,33 por ciento de las EEPP cursaron con baja y para los hombres solo el 52,70 por ciento.

GRÁFICO 13. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO SIN BAJA/
MADRID 2009-2011



En términos de incidencia esta distribución se mantiene y podemos observar cómo ha aumentado durante 2011 respecto a los años anteriores, siendo las enfermedades profesionales padecidas por mujeres y que han supuesto baja las de mayor incidencia (29.67 por cien mil, 26,24 por cien mil y 31,03 por cien mil, respectivamente).

Parece evidente que las enfermedades profesionales sufridas por las mujeres tienen mayor gravedad que las sufridas por los hombres, al menos si hablamos en términos de necesitar bajas laborales y que probablemente tengan relación con el tipo de enfermedad comunicada, la mayoría de etiología crónica y acumulativa.

Según el **grupo de edad** de la persona trabajadora que enferma, podemos observar en el siguiente gráfico que también existen diferencias entre hombres y mujeres. Los trabajadores entre 36 y 49 años son los que padecen un mayor número de enfermedades profesionales. Sin embargo, para ellas, el mayor número de enfermedades profesionales se da a partir de los 41 y se alarga hasta los 55 años.

GRÁFICO 14. ENFERMEDADES PROFESIONALES
INCIDENCIA SEGÚN SEXO EN PARTES CON BAJA/SIN BAJA
MADRID 2009-2011

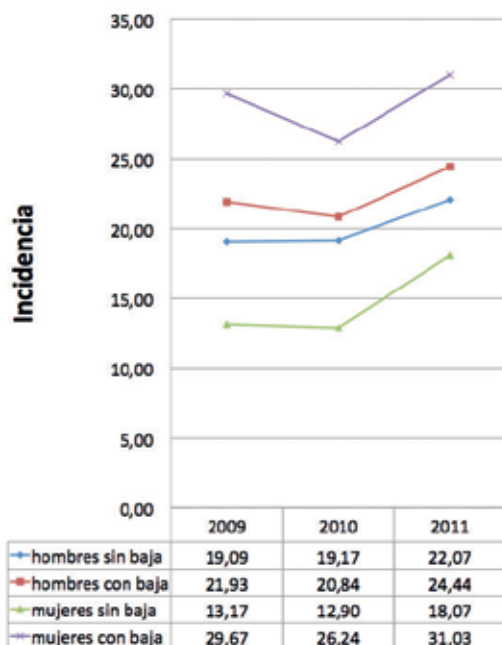
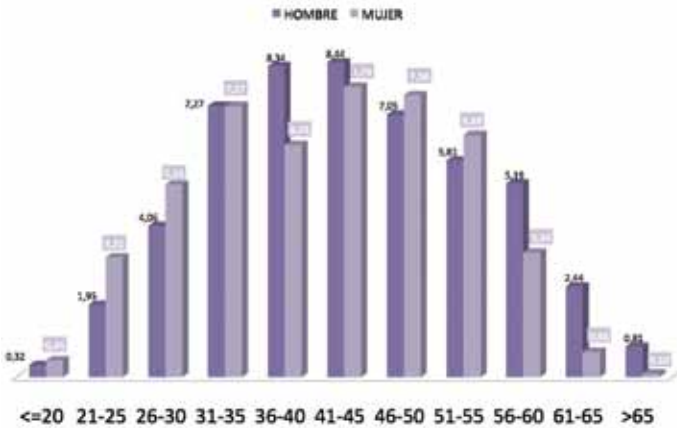
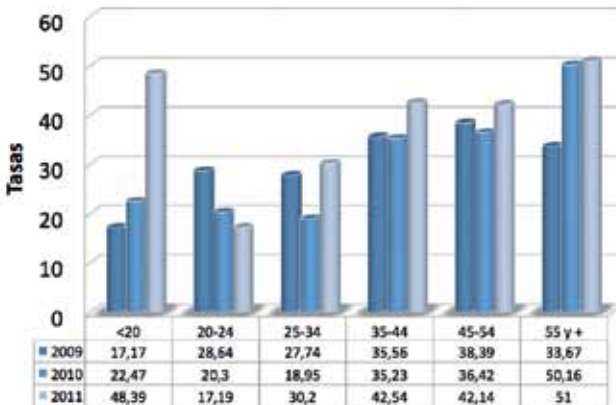


GRÁFICO 15. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDADES Y SEXO
MADRID 2009-2011



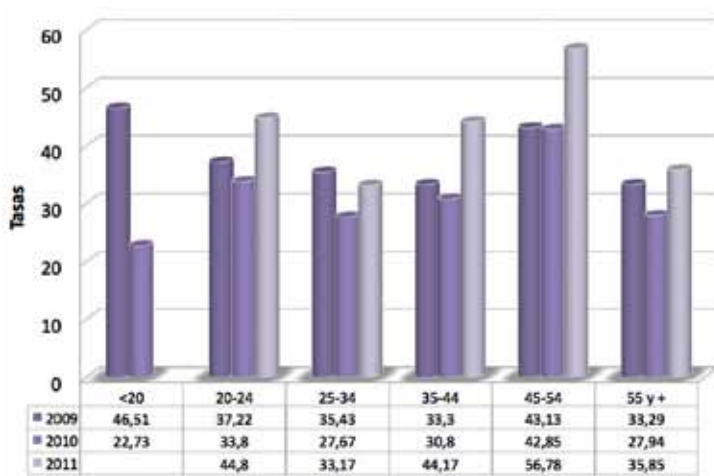
Al analizar los datos de incidencia se observan datos interesantes: para los hombres las mayores tasas se producen en los extremos, trabajadores mayores de 55 años y trabajadores jóvenes menores de 20 años.

GRÁFICO 16. ENFERMEDADES PROFESIONALES
TASA POR GRUPOS DE EDAD EN HOMBRES
MADRID 2009-2011



Para las mujeres existe un pico importante entre los 45 y 54 años, pero también hay tasas significativas entre 20-24 años y 35-44 años.

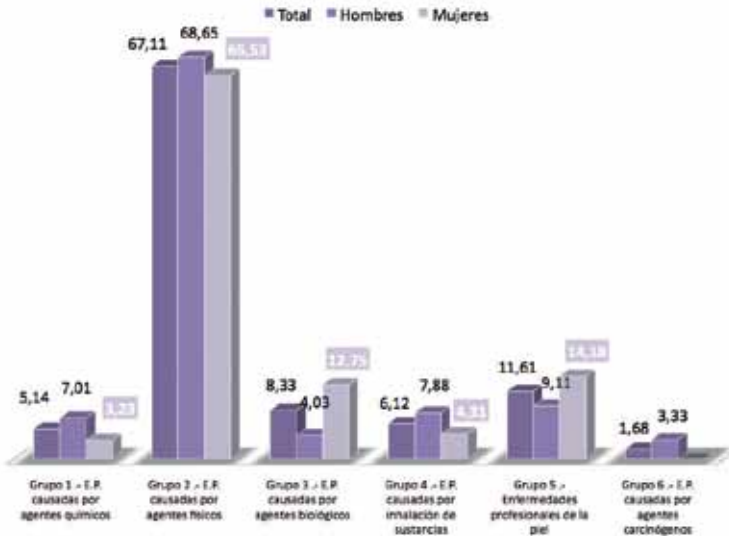
GRÁFICO 17. ENFERMEDADES PROFESIONALES
TASA POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES
MADRID 2009-2011



Atendiendo a la distribución de **Enfermedades Profesionales por Grupos**, nos encontramos que el 67,11 por ciento de las mismas para ambos sexos se engloban dentro del denominado **Grupo 2**, causados por **agentes físicos**, seguidas con mucha distancia por las del **Grupo 5**, **enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidas en alguno de los otros apartados**, con un 14,18 por ciento.

Según las diferencias entre hombres y mujeres, los únicos grupos donde el número de enfermedades profesionales es mayor en mujeres que en hombres son el **Grupo 3**, **enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos** y **Grupo 5**, **enfermedades profesionales de la piel**, 8 y 5 puntos porcentuales de diferencia respectivamente. La mayor incidencia de este tipo de enfermedades en mujeres se debe a la presencia mayoritaria de éstas en sectores como la sanidad, donde se da una mayor exposición a agentes biológicos.

GRÁFICO 18. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES
MADRID 2011



Dentro del **Grupo 2**, el 58,26 por ciento de las enfermedades profesionales declaradas han sido provocadas por el **agente D, enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas**, con un 33,29 por ciento para hombres y un 24,97 por ciento para mujeres; seguido del **agente F, enfermedades profesionales provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión**, con un 16,78 por ciento de enfermedades notificadas en mujeres frente al 7,93 por ciento en hombres. De nuevo, estos datos reflejan como en los trabajos realizado por las mujeres se producen menos sobreesfuerzos por manipulación de cargas. Sin embargo, se dan más las posturas mantenidas durante largos periodos y el trabajo repetitivo, provocando diferentes alteraciones músculo-esqueléticas.

TABLA 9. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS. MADRID 2011

GRUPO/AGENTE: Grupo 2.- E.P. causadas por agentes físicos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	% grupo	Frecuencia	%
A- Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	48	6,43	3	0,4
B-Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas	9	1,19	3	0,4
C- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	17	2,25	4	0,53
D- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	252	33,29	189	24,97
E - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa	-	-	-	-
F - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión	60	7,93	127	16,78

GRUPO/AGENTE: Grupo 2.- E.P. causadas por agentes físicos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	% grupo	Frecuencia	%
G- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas	3	0,4	3	0,4
L- Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	3	0,4	36	4,76
Total: 757	392		365	

A continuación, se reseñan el resto de las enfermedades profesionales declaradas en los diferentes grupos y detalladas por agente causante, con el objetivo de analizar detenidamente cuáles son las causas que llevan a contraer enfermedades profesionales y contribuir, en la medida de lo posible, a su prevención y eliminación de los lugares de trabajo.

De los 19 agentes químicos causantes de enfermedad profesional, sólo 9 tienen presencia en las mujeres trabajadoras y sus entornos laborales. Los más destacados son los halógenos y las sustancias químicas aromáticas con un 6,9 por ciento para cada uno de ellos, seguidos de las enfermedades causadas por el uso de cetonas, con un 5,17 por ciento de los partes comunicados del grupo 1.

**TABLA 10. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS.
MADRID 2011**

GRUPO/AGENTE: Grupo 1.- E.P. causadas por agentes químicos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A - METALES	9	15,52	2	3,45
C - HALOGENOS	2	3,45	4	6,90

GRUPO/AGENTE: Grupo 1.- E.P. causadas por agentes químicos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
D - ÁCIDOS INORGÁNICOS	1	1,72	-	-
E - ÁCIDOS ORGÁNICOS	1	1,72	1	1,72
F - ALCOHOLES Y FENOLES	3	5,17	-	-
G - ALDEHÍDOS	1	1,72	1	1,72
H - ALIFÁTICOS	1	1,72	1	1,72
I - AMINAS E HIDRACINAS	-	-	-	-
J - AMONIACO	3	5,17	1	1,72
K - AROMÁTICOS	7	12,07	4	6,90
L - CETONAS	1	1,72	3	5,17
M - EPÓXIDOS	5	8,62	-	-
N - ÉSTERES	2	3,45	1	1,72
O - ÉTERES	1	1,72	-	-
P - GLICOLAS	-	-	-	-
Q - ISOCIANATOS	2	3,45	-	-
R - NITRODERIVADOS	-	-	-	-
S-ORGANOCOLORADOS Y ORGANOFOSFORADOS	-	-	-	-
U - SULFUROS	1	1,72	-	-
Total: 58	40		18	

Las enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las mujeres que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades con alto grado de infección son las que suponen el porcentaje mayor del grupo de **agentes biológicos** (69,15 por ciento). La diferencia porcentual respecto a los hombres es notable (18,09 por ciento), pues son precisamente estos sectores asistenciales donde la mujer tiene una mayor presencia laboral.

TABLA 11. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS. MADRID 2011

GRUPO/AGENTE: Grupo 3.- E.P. causadas por agentes biológicos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A - Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (excluidos aquellos microorganismos incluidos en el grupo 1 del R.D. 664/1997, de 12 de mayo regulador de la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo)	17	18,09	65	69,15
B - Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres	4	4,26	-	-
C - Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci, fiebre recurrente, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático, borrelias y otras rickettsiosis	2	2,13	3	3,19
D - Enfermedades infecciosas y parasitarias no contempladas en otros apartados: micosis, legionella y helmintiasis	-	-	3	3,19
Total: 94	23		71	

En cuanto a las enfermedades profesionales del grupo 4 causadas por la **inhalación de sustancias**, solo dos agentes, sustancias de alto peso molecular (de origen vegetal, animal, microorganismos, sustancias enzimáticas) y sustancias de bajo peso molecular (metales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, etc.) han cursado partes de enfermedad en las mujeres, con un 17,39 por ciento de casos y un 15,94, respectivamente.

**TABLA 12. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS.
MADRID 2011**

GRUPO/AGENTE: Grupo 4.- E.P. causadas por inhalación de sustancias	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A - Polvo de sílice libre	6	8,7	1	1,45
B - Polvo de carbón	1	1,45	-	-
C - Polvos de amianto (asbesto)	5	7,25	-	-
D - Otros polvos de minerales (talco, caolín, tierra de batán, bentonita, sepiolita, mica, otros silicatos naturales)	-	-	-	-
E - Metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión	1	1,45	-	-
G - Neumoconiosis por polvo de aluminio	-	-	-	-
H - Sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos)	16	23,19	12	17,39
I - Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, etc.)	16	23,19	11	15,94
Total: 69	45		24	

Los principales agentes causantes de **enfermedades profesionales de la piel** en las mujeres trabajadoras son las sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 1000 daltons (45,80 por ciento de los partes comunicados del grupo 5 frente al 27,48 por ciento en hombres). El resto de agentes del grupo no presenta diferencias notables respecto a la población masculina.

TABLA 13. ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL. MADRID 2011

GRUPO/AGENTE: Grupo 5.- Enfermedades profesionales de la piel	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A - Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 1000 daltons (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, acrilatos, resinas de bajo peso molecular, formaldehídos y derivados, etc.	36	27,48	60	45,80
B - Agentes y sustancias de alto peso molecular, por encima de los 1000 daltons, (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos)	13	9,92	14	10,69
C - Sustancias fotosensibilizantes exógenas	2	1,53	2	1,53
D - Agentes infecciosos	1	0,76	3	2,29
Total: 131	52		79	

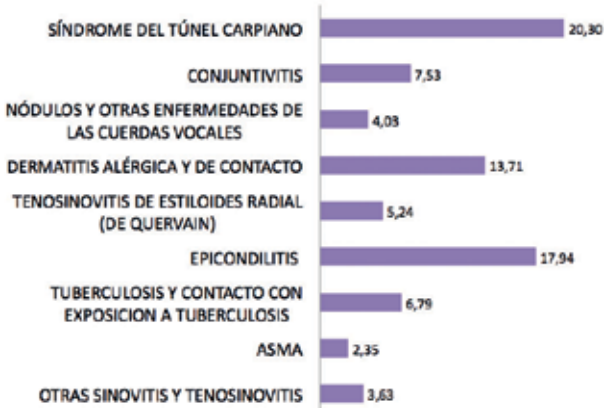
Muy significativo es que no exista ningún parte comunicado de enfermedad profesional causada por **agentes carcinógenos** en mujeres, lo que nuevamente tiene relación con los sectores de actividad donde se ocupan. Parece lógico que los 94,74 por ciento de los casos de cáncer causados por amianto sean partes de trabajadores, empleados en el sector de la construcción, por ejemplo, completamente masculinizado. No hay que olvidar, sin embargo, que la exposición de la mujer a este agente no se da en los centros de trabajo sino en el ámbito familiar.

TABLA 14. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINÓGENOS.**MADRID 2011**

GRUPO/AGENTE: Grupo 6.- E.P. causadas por agentes carcinógenos	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A - Amianto	18	94,74	-	-
I - Cromo VI y compuestos de cromo VI	1	5,26	-	-
L - Polvo de madera dura	-	-	-	-
Total: 19			-	

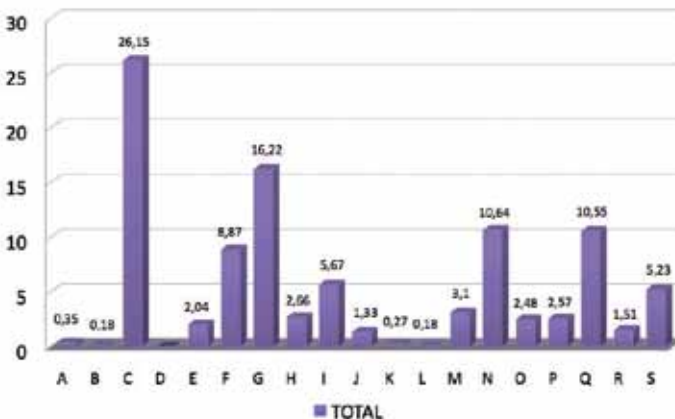
El análisis de las enfermedades profesionales comunicadas según el diagnóstico CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición), nos permite caracterizar de forma más específica la patología profesional que se declara en las mujeres en la Comunidad de Madrid. Así, las enfermedades con mayor prevalencia en los años 2.009 a 1.011 han sido: el síndrome del túnel carpiano (20,3 por ciento), la epicondilitis (17,9 por ciento) y las dermatitis alérgicas o de contacto (13,7 por ciento). Otras de menor prevalencia pero que suman porcentajes importantes han sido: conjuntivitis (7,2 por ciento), tuberculosis o contacto con exposición a tuberculosis (6,8 por ciento), tenosinovitis de Quervain (5,2 por ciento), nódulos y otras enfermedades de las cuerdas vocales (4 por ciento) otras tenosinovitis (3,6 por ciento) y asma (2,5 por ciento).

GRÁFICO 19. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DIAGNÓSTICO EN MUJERES
MADRID 2009-2001



Por último, según la actividad económica, el código CNAE en el que se concentran el mayor número de enfermedades profesionales es el de **industria manufacturera** con un 26,15 por ciento de total, seguido por **comercio al por mayor y por menor** con un 16,22 por ciento, **actividades administrativas y servicios auxiliares** con un 10,64 por ciento y **actividades sanitarias y de servicios sociales** con un 10,55 por ciento del total de enfermedades profesionales declaradas.

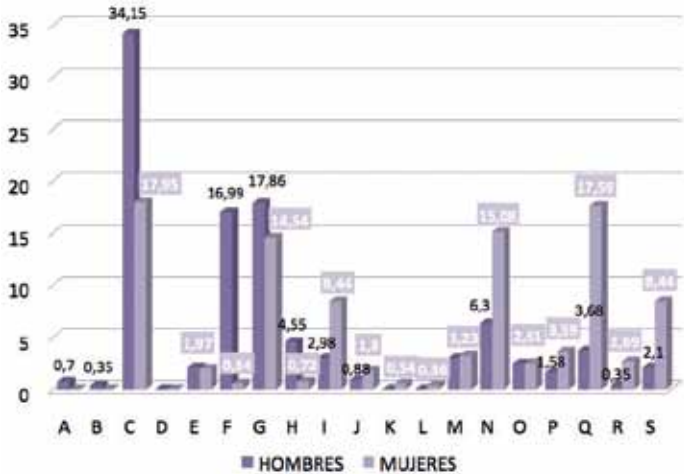
GRÁFICO 20. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA
MADRID 2011



- A.- Agricultura, ganadería, selvicultura, y pesca
- B.- Industrias extractivas
- C.- Industria manufacturera
- D.- Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado
- E.- Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
- F.- Construcción
- G.- Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
- H.- Transporte y almacenamiento
- I.- Hostelería
- J.- Información y comunicaciones
- K.- Actividades financieras y de seguros
- L.- Actividades inmobiliarias
- M.- Actividades profesionales, científicas y técnicas
- N.- Actividades administrativas y servicios auxiliares
- O.- Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria
- P.- Educación
- Q.- Actividades sanitarias y de servicios sociales
- R.- Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento
- S.- Otros servicios
- T.- Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico

El análisis de la distribución porcentual según sexo refleja que, tanto para hombres como para mujeres, el mayor porcentaje de enfermedades profesionales comunicadas se encuentra en la **industria manufacturera**, aunque con diferencias significativas entre ambos (34,15 por ciento para hombres y 17,95 para mujeres). Otros sectores económicos donde encontramos diferencias entre hombres y mujeres son: el sector de la **construcción** (16,99 y 0,54 por ciento, respectivamente), **actividades sanitarias y de servicios sociales** (3,68 y 17,59 por ciento), **actividades administrativas y de servicios auxiliares** (6,3 y 15,08 por ciento), **actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico** (2,1 y 8,44 por ciento) y **hostelería** (2,98 y 8,44 por ciento).

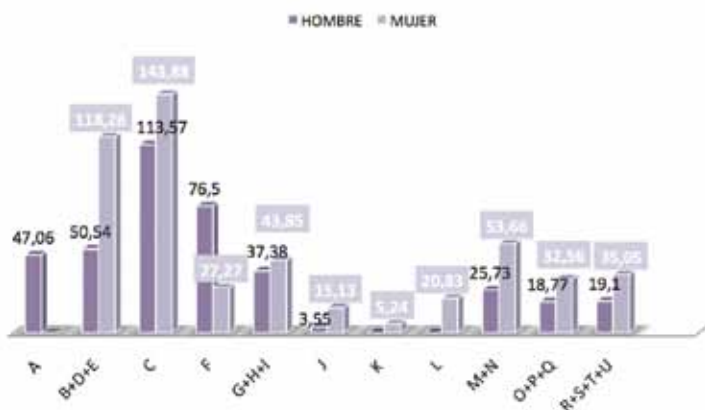
**GRÁFICO 21. ENFERMEDADES PROFESIONALES
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA
MADRID 2011**



- A.- Agricultura, ganadería, selvicultura, y pesca
- B.- Industrias extractivas
- C.- Industria manufacturera
- D.- Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado
- E.- Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
- F.- Construcción
- G.- Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
- H.- Transporte y almacenamiento
- I.- Hostelería
- J.- Información y comunicaciones
- K.- Actividades financieras y de seguros
- L.- Actividades inmobiliarias
- M.- Actividades profesionales, científicas y técnicas
- N.- Actividades administrativas y servicios auxiliares
- O.- Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria
- P.- Educación
- Q.- Actividades sanitarias y de servicios sociales
- R.- Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento
- S.- Otros servicios
- T.-Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico

Sin embargo, analizando los datos de incidencia se observa que las mayores incidencias se dan en mujeres para todos los sectores de actividad, exceptuando **agricultura y construcción**, sectores donde la representación de las mujeres es prácticamente inexistente. Las mayores diferencias se dan en los siguientes sectores: **Industrias extractivas; Industria manufacturera; Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado; Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación, Actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades administrativas y servicios auxiliares; y por último, Administración pública y defensa, Seguridad social obligatoria; educación; actividades sanitarias y de servicios sociales.**

**GRÁFICO 22. ENFERMEDADES PROFESIONALES
TASA SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD
MADRID 2011**



A: Agricultura

B+D+E: Industrias extractivas; suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado; suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación.

C: Industria manufacturera.

F: Construcción.

G+H+I: Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas; transporte y almacenamiento; hostelería.

J: Información y comunicaciones

K: Actividades financieras y de seguros.

L: Actividades inmobiliarias.

M+N: Actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades administrativas y servicios auxiliares.

O+P+Q: Administración pública y defensa, Seguridad social obligatoria; educa-

ción; actividades sanitarias y de servicios sociales.

R+S+T+U: Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento; hogares como empleadores domésticos y como productores de bienes y servicios para uso propio; otros servicios.

Percepción sobre los daños a la salud

Por último, los datos referidos a la percepción del daño también arrojan diferencias según el sexo del entrevistado. La *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, señala que el 72 por ciento de los trabajadores padecen algún problema concreto de salud; de éstos la mayoría manifiesta problemas músculo esqueléticos como dolor de espalda, cuello o nuca, dolor en hombros, brazos, codos o muñecas, cansancio y agotamiento, dolor de cabeza, etc.

Atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres, el 76,7 por ciento de las mujeres manifiesta algún problema de salud frente al 68 por ciento de los hombres. Exceptuando los problemas auditivos y la tensión arterial alta, todos los problemas de salud analizados tienen un porcentaje más alto de respuestas entre las mujeres que los hombres (Tabla 15).

TABLA 15. PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS POR SEXO

	Hombre	Mujer
Dolor de espalda	46,6	54,5
Dolor de cuello/nuca	24,9	40,0
Dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos	22,9	30,9
Dolor en piernas, rodillas o pies	21,5	24,5
Cansancio, agotamiento	16,1	22,1
Estrés, ansiedad o nerviosismo	14,3	20,4
Dolor de cabeza	10,4	18,1
Problemas visuales (en los ojos)	9,6	13,2
Problemas para conciliar el sueño	8,1	11,4
Depresión o tristeza	3,5	6,5
Problemas de la voz	2,9	6,4

	Hombre	Mujer
Tensión arterial alta	6,4	5,2
Problemas de la piel	2,6	4,9
Problemas auditivos (en los oídos)	5,8	4,3
Problemas respiratorios	3,9	4,2
Otra	0,8	1,0
Ninguna	31,9	23,1
NS/NC	0,1	0,3

Base: Total de trabajadores. Datos en %. Pregunta de respuesta múltiple. (VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo)

10. Análisis cualitativo:
Percepción del impacto de las
condiciones de trabajo en
la salud de las mujeres

10. ANÁLISIS CUALITATIVO: Percepción del impacto de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres

“La entrevista nace de una ignorancia consciente por parte del entrevistador quien, lejos de suponer que conoce, a través de su comportamiento exterior, el sentido que los individuos dan a sus actos, se compromete a preguntárselo a los interesados, de tal modo que éstos puedan expresarlo en sus propios términos y con la suficiente profundidad para captar toda la riqueza de su significado”.

Ruiz Olabuenaga¹⁶

La entrevista en profundidad o, como algunos investigadores la denominan, el estudio de caso, es la entrevista profesional que se realiza entre un entrevistador y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. A través de la entrevista en profundidad, el entrevistador quiere conocer lo que es importante y significativo para el entrevistado; *“llegar a comprender como ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema que interesa para la investigación, en particular”*¹⁷.

16. **Ruiz Olabuenaga, J.I.:** Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto, Bilbao.

17. **Selltiz, C., Wrightsman, L.S. y Cook, S.T.:** Métodos de investigación en las relaciones sociales, Edit.Rialp, Madrid, 1980.

La realización de entrevistas a responsables sindicales de diferentes áreas, se justifica por la necesidad de reflejar la percepción de éstos, e identificar, a través de sus opiniones, las dificultades prácticas para la acción preventiva que se dan en el quehacer de las mujeres. Nuestro objetivo fue el de enriquecer y complementar nuestro análisis de la realidad, a través de la opinión y el discurso de cada uno de ellos. A través del análisis de su lenguaje, de sus expresiones y de la forma que construyen su discurso podemos acercarnos a la realidad socio laboral de las mujeres.

No obstante, no podemos olvidar que nos movemos dentro de un sindicato en el que se reflejan también las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, en donde el porcentaje mayoritario de afiliados, representantes, y cuadros sindicales etc., son hombres, y este contexto se traslada al mundo de la empresa, y por tanto todavía podemos encontrar ciertas reticencias, incluso con compañeros, que no comparten la prioridad de actuar sindicalmente en esta cuestión. Es por tanto necesaria también una mayor concienciación sobre este tema en nuestro seno, exigiendo una mayor participación de los sindicalistas hombres en las acciones que se desarrollan sobre esta problemática, insistiendo en las formativas e informativas. Empeño que vienen desarrollando de forma conjunta la Secretaría de la Mujer y la Secretaría de Salud Laboral.

Tanto los delegados y delegadas de prevención como los demás representantes deben estar de acuerdo en actuar sindicalmente en la realidad de este colectivo, y en este sentido tener claro que si conseguimos hacer emerger las desigualdades tendremos que poder poner los mecanismos para que desaparezcan. Para esta tarea se necesita la implicación del conjunto de la representación sindical de CCOO, es ineludible reflexionar conjuntamente sobre qué es lo que queremos hacer, cuáles van a ser nuestras posiciones e ir discutiendo nuestras prioridades.

El presente capítulo recoge los principales resultados obtenidos de la investigación sobre las percepciones, actitudes y opiniones de los participantes en relación al trinomio mujer, trabajo y salud.

Áreas y temas

Los diferentes temas que tratamos en el desarrollo de las entrevistas pretendieron dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué un estudio sobre el impacto de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres?
2. ¿Las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en la salud?
¿Y las diferencias de Género relativas a normas culturales y roles adquiridos?
3. ¿Difieren hombres y mujeres en su situación laboral? Si es así, ¿cómo pueden afectar estas diferencias a la salud?
4. ¿Existen diferencias de exposición a riesgos laborales entre hombres y mujeres?
5. ¿Reciben la misma atención preventiva los riesgos laborales a los que están expuestos hombres y mujeres?
6. ¿Es necesaria una línea de actuación específica en el marco de la empresa en relación con la salud laboral de las mujeres? ¿Y en nuestra organización?
7. ¿Es el acoso sexual un riesgo específico de mujeres?

Resultados de la investigación

A continuación pasamos a mostrar los resultados obtenidos agrupados por diferentes temas, según el objetivo definido.

1. ¿Por qué un estudio sobre las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres y su impacto sobre la salud?

La opinión mayoritaria coincide en lo interesante y necesario que resulta llevar a cabo un estudio donde se reflejen las diferencias de salud entre trabajadoras y trabajadores como consecuencia de unas condiciones y un entorno laboral distinto para unos y otros.

Hay quienes van más allá y concretan las líneas de actuación que deberían presidir un estudio de estas características. En concreto,

el Responsable sindical de un área no vinculada a la salud laboral apunta lo necesario de hacer *“un estudio en mujeres de sectores donde están representadas. En especial, en aquellos donde las condiciones de trabajo son precarias: comercio, hostelería, textil, etc. Y en aquellos sectores donde no están representadas y su número es muy pequeño y, por tanto, se descuidan los aspectos relativos a la protección de la salud”*.

Líneas de trabajo que entendemos importantes para sacar a la luz las diferencias existentes entre hombres y mujeres con el objetivo de avanzar en la prevención de los riesgos a los que están expuestos todos y todas e incidir en la mejora de las condiciones de trabajo. Así como evitar y erradicar la discriminación sexual y contribuir a la igualdad entre hombres y mujeres.

Por otra parte son varias los cuadros sindicales vinculados a la salud laboral que consideran fundamental realizar un estudio que profundice, no sólo en las condiciones de trabajo de la mujer, sino de la incidencia de éstas sobre su estado de salud. Y ello porque entienden que las mujeres realizan trabajos distintos a los de los hombres, están expuestas, por tanto, a riesgos diferentes y, en consecuencia, tienen daños a la salud también distintos.

“Sí es necesario un estudio de estas características debido a que las mujeres tienen una serie de riesgos añadidos por su condición de mujer: doble presencia, embarazo y lactancia, así como mayor sensibilidad a determinados riesgos (movimientos repetitivos, riesgos musculoesqueléticos...)”.

Además entienden la necesidad de que se hagan estudios de salud laboral desde una perspectiva de género para ir más allá de los estudios que, refiriéndose a la mujer trabajadora, se limitan a tratar temas relativos a la reproducción.

“Actualmente, la epidemiología laboral referida al sexo femenino es muy escasa, centrándose principalmente en la salud reproductiva...”.

Si bien entienden que las mujeres tienen unos riesgos específicos y exclusivos relativos a la reproducción, el embarazo y la lactancia que no pueden olvidarse ni obviarse.

Por último, señalan que la actual situación de crisis económica que estamos atravesando incide en las condiciones de trabajo de forma

diferente, según se trate de trabajadoras o trabajadores, de ahí la importancia de visibilizar este hecho para que en la práctica preventiva y sanitaria se tenga en cuenta.

“La crisis económica, política y social que estamos viviendo va a afectar de manera diferente a hombres y mujeres y lo tenemos que visibilizar”.

“Con los recortes que estamos sufriendo en dependencia, educación, sanidad, etc. la mujer, que históricamente es la cuidadora, a ver aumentado su trabajo con los dependientes, los niños y los enfermos. Y con el aumento del desempleo corre el riesgo de verse relegada de nuevo al hogar”.

Por el contrario, también ha quienes consideran que son muchos los estudios que analizan las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, si bien lo necesario es que la prevención sea un hecho y apuestan por la intervención del sindicato para conseguir este objetivo. Para que la prevención y la protección de la mujer en el trabajo deje de ser objeto de estudio y reivindicación y pase a ser una realidad.

“Estos estudios existen desde hace décadas y todas las variables que inciden negativamente en la salud de los trabajadores están claramente identificadas y son de sobra conocidas. Lo que sí es necesario es llevar verdaderamente a la práctica estos conocimientos y para esto la participación del sindicato es muy importante”.

2. ¿Las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en la salud?

¿Y las diferencias de género relativas a normas culturales y roles adquiridos

La mayoría de los participantes opinan que si bien las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en la salud son las desigualdades de género presentes en el mercado de trabajo las que determinan que la exposición a los riesgos sea diferente entre hombres y mujeres y, por tanto, también la incidencia sobre el estado de salud. La división sexual determina el trabajo a realizar y la incidencia sobre el estado de salud, teniendo como resultado un mayor deterioro del

estado de la salud de las mujeres que de los hombres.

“Las mujeres tienen mayor esperanza de vida, pero su estado de salud es peor. Es cierto que existen diferencias genéticas, hormonales y metabólicas entre hombres y mujeres pero en las diferencias de salud influyen, principalmente, los factores sociales relacionados con las desigualdades de género”.

Pero, además, las normas culturales y los roles asignados y adquiridos no sólo colocan a las mujeres en unas profesiones y a los hombres en otras, diferenciando sus condiciones laborales y de seguridad y salud, sino que asignan a las mujeres roles tradicionales que han de mantener y asumir junto con el trabajo asalariado, antes tarea más propia del hombre que de la mujer. Los efectos de esta doble carga de trabajo que se asigna a la mujer trabajadora o doble presencia y las peores condiciones laborales y de trabajo a las que están sometidas hacen que su estado de salud sea peor que el de los hombres.

“En las últimas décadas del siglo XX, se produjo una importante incorporación de la mujer al mercado laboral, empezando a cambiar los papeles, pero la mujer ha seguido, en su gran mayoría, atendiendo el trabajo doméstico y el laboral, pagando con su salud la conciliación de la vida familiar y laboral”.

“Influyen los elementos de explotación que en las mujeres se ve agravado por el tipo de rol y norma cultural, especialmente en lo que se refiere al sobreesfuerzo de asumir el rol de la familia, la casa y sus tareas”.

Por tanto, podemos afirmar que las condiciones de trabajo son diferentes para hombres y para mujeres siendo éste un determinante de la salud. Pero además, la legislación en cuestiones de género es más bien escasa y se limita a proteger la salud reproductiva de la mujer, cuando por todos es sabido que *“las diferencias de género van más allá del embarazo en la mujer”*.

3. ¿Difieren hombres y mujeres en su situación laboral? Si es así, ¿cómo pueden afectar estas diferencias a la salud?

La respuesta a esta pregunta es unánime: la situación laboral es distinta y viene dada por una división sexual del trabajo que genera desigualdades de género.

“Las desigualdades de género en salud laboral provienen, en parte, de la división sexual del trabajo. Que ha dado a la mujer un papel preponderante en el trabajo doméstico y al hombre en el trabajo remunerado”.

“... las mujeres tienen menos salario, peor formación, menos posibilidades de promoción y de hacer una carrera profesional, debido a estereotipos como que somos más dependientes, menos agresivas, menos competitivas, etc. Cuando la realidad es que la mujer no tiene tiempo por estar sometida a la doble presencia”.

Las mayores dificultades de acceso y permanencia en el mercado de trabajo, la parcialidad en el empleo y la segregación vertical y horizontal, son las condiciones a las que se enfrenta la mujer trabajadora y que tienen como resultado el deterioro paulatino de su estado de salud física y psicológica. Algunos apuntan a la responsabilidad de las empresas y a la falta de políticas públicas como las principales causas de este hecho:

“... las empresas no dan facilidades y continúan imperando los roles tradicionales en el hogar, con bajo compromiso de los hombres, pocos recursos comunitarios para el cuidado de niños, enfermos y dependientes, si no tienen la posibilidad de contratar a una persona para el servicio doméstico, la carga de trabajo para la mujer va a ser muy alta tanto física como psíquica, generando altos niveles de estrés y fatiga”.

4. ¿Existen diferencias de exposición a riesgos laborales entre hombres y mujeres?

Como se ha comentado, la división sexual del trabajo coloca a las mujeres en unas ocupaciones concretas y distintas a las de los hombres, lo que determina diferencias en la exposición a los riesgos laborales. Así las mujeres están más expuestas a movimientos repetitivos y posturas forzadas, trabajos monótonos y tediosos que exigen poca creatividad, con escasa o nula capacidad de decisión y ritmos de trabajo elevados. Se trata de trabajos poco cualificados, cuya organización y diseño sigue girando entorno a los principios de la teoría Tayloriana de la “Organización Científica del Trabajo”, basada en la división y la especialización del trabajo para la realización de tareas sencillas pero que requieren un nivel de atención y de

detalle importantes (cadenas de producción y montaje, industria textil y confección, grabadoras de datos, trabajos de limpieza, etc). Junto a estos trabajos, las mujeres suelen emplearse en ocupaciones relacionadas con el ámbito asistencial y de cuidado de otros (enfermeras, asistentes sociales, profesoras y maestras, ayuda a domicilio, etc.).

Esta realidad la tienen presente todas las personas entrevistadas que señalan los riesgos psicosociales del trabajo y la doble presencia como aquéllos más comunes entre las trabajadoras. Puesto que éstas desempeñan trabajos “de ejecución” que implican tareas rápidas, repetitivas y con pocas posibilidades de autogestionar, no dejando posibilidades al desarrollo personal. Por otra parte, argumentan que estos trabajos están peor remunerados que los “técnicos y de mandos” (generalmente desarrollados por hombres) la promoción es casi inexistente y la temporalidad es elevada. Este hecho junto a la doble presencia propia de la mujer trabajadora implican una doble carga de trabajo física y psicológica.

“... existen diferencia respecto a los riesgos a los que están expuestas como consecuencia de las tareas que realizan. Dichas diferencias influyen en la salud al tener determinados riesgos específicos en función de tareas o puestos de trabajo feminizados (problemas circulatorios, musculoesqueléticos, etc.), pero sobre todo tienen una serie de patologías y enfermedades derivadas de los riesgos psicosociales y la doble presencia (sobrecarga de trabajo, dificultades para desconectar, implicación personal, ritmo de trabajo elevado, etc.).

5. ¿Reciben la misma atención preventiva los riesgos laborales a los que están expuestos hombres y mujeres?

El objetivo primero en lo que a la prevención de riesgos laborales se refiere es proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras para evitar que se vea mermada como consecuencia del trabajo que realizan. Ya se ha comentado que la exposición a los riesgos es distinta, teniendo en cuenta que las mujeres suelen realizar unos trabajos y los hombres otros. De ahí la necesidad de incluir la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales en aras a conseguir la misma atención preventiva y con ello alcanzar el objetivo de proteger la seguridad y la salud de todos y todas y, en definitiva, mejorar

las condiciones de trabajo y de vida.

A este respecto una responsable de la estructura del sindicato vinculada a la salud laboral afirma que hombres y mujeres no reciben la misma atención preventiva y ello porque *“los estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina, sin tener en cuenta los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales de hombres y mujeres”*.

En la misma línea, a quienes opinan, por un lado, que *“las mujeres no suelen ser tenidas en cuenta ni en las empresas ni en las instituciones públicas, sólo están recogidos en la normativa y sobre el papel, pero se incumpelen a la hora de tenerlo en cuenta en los planes de prevención”*. Y por otro que: *“Como la tasa de accidentes es mucho mayor en hombres que en mujeres y, dado que esta es la principal preocupación de la prevención en la empresa, puede afirmarse que se da menos importancia a las enfermedades profesionales, mas frecuentes en los sectores mayoritariamente ocupados por mujeres”*.

Los entrevistados perciben pequeños cambios que son, sin embargo, muy importantes.

“Las empresas no perciben diferencias en el tratamiento entre hombres y mujeres, salvo las que sí lo hacen en sus planes de igualdad, que resultan honrosas excepciones”.

“Sin embargo, se percibe un avance en los últimos años respecto a los riesgos por embarazo...”

Y es que la cultura preventiva se establece sobre la base de una falsa homogeneidad:

“Los estudios y los niveles de seguridad se realizan en hombres jóvenes y los resultados se extrapolan a mujeres sin tener en cuenta que existen importantes diferencias en la estructura ósea, la distribución de la grasa, la función endocrina o el sistema inmune que aumentan la exposición”.

Pero todos ellos coinciden en la necesidad de incluir la perspectiva de género en todos los ámbitos preventivos: *“en los trabajos científicos, en la epidemiología laboral, en la asistencia sanitaria, en las relaciones laborales y en la prevención de riesgos laborales”*. Y ello para conseguir que la prevención de riesgos sea eficaz y proteja adecuadamente a trabajadores y trabajadoras.

6. ¿Es necesaria una línea de actuación específica en el marco de la empresa en relación con la salud laboral de las mujeres? ¿Y en nuestra organización?

A esta pregunta, todos tienden a expresar de una manera o de otra la necesidad de *“trabajar para conseguir un modelo de prevención de riesgos laborales que contemple la cuestión de género y, por tanto, considere las desigualdades en cuanto a la salud y a la seguridad”*.

También consideran que *“es importante el establecimiento de los Planes de Igualdad en las empresas potenciando la participación, la formación y la promoción de las mujeres”*. Pues con la participación e implicación de los delegados y delegadas de prevención estos Planes pueden ser una herramienta muy eficaz para negociar medidas que posibiliten la igualdad entre hombres y mujeres en el trabajo y eliminen las posibles discriminaciones por razón de sexo.

La responsable de un área relacionada con salud laboral considera que *“las técnicas preventivas tienden a ser iguales para hombres y mujeres y están, como se comentaba, basadas en un modelo único y masculino”*.

Dentro de nuestra propia organización resulta necesario establecer una línea de actuación específica en relación con la salud laboral de las mujeres de nuestro sindicato y de nuestra sociedad para avanzar hacia una auténtica igualdad y una mejora de las condiciones de trabajo, de salud y de vida. En relación a esta demanda hay quien considera que *“sería interesante que política de igualdad y salud laboral trabajaran de manera transversal”*.

Tal y como pone de manifiesto el libro “Las políticas de igualdad de género. La transversalidad de género en los objetivos de CCOO”, editado por la Secretaría de la Mujer de nuestro sindicato que recoge los resultados de las Jornadas de Mujeres Sindicalistas celebradas en mayo de 2012, es necesario desarrollar “la transversalidad de género, examinando el papel del empleo como corrector de desigualdades sociales y de género; la acción sindical para la superación de las brechas laborales de género a través de la negociación de medidas y planes de igualdad; las acciones y materiales elaborados desde el sindicato con finalidad divulgativa, informativa, formativa y de sensibilización, herramientas necesarias para la aplicación de la transversalidad de género en el ámbito laboral y en la sociedad; y

la comunicación para la igualdad de género, principalmente a través de la revista Trabajadora, así como la constatación de la realidad de CCOO como sindicato de mujeres y hombres mediante el trazado de un mapa de género que visualiza la presencia y la participación de las mujeres como afiliadas, delegadas o representantes sindicales”.

7. ¿Es el acoso sexual un riesgo específico de mujeres?

El acoso sexual es uno de los riesgos que, no siendo exclusivo de las mujeres, es más significativo en su caso y prácticamente inexistente entre los hombres.

Se basa en roles tradicionalmente asignados y discriminatorios y entornos laborales sexistas.

“Podría explicarse en nuestra cultura basada en el patriarcado y en los sistemas de dominación masculina, así como en las diferencias de género en el poder”.

La mujer se convierte en víctima de este comportamiento discriminatorio por su situación de desventaja en el mercado laboral (inestabilidad, precariedad, subordinación, etc.).

La opinión de los entrevistados es clara en cuanto a su denuncia y al compromiso que todos debemos asumir para prevenirlo y erradicarlo.

“... debe ser vigilado por los Comités de Seguridad y Salud y delegados. Los Planes de Igualdad son importantes en este proceso”.

El sindicato debe tener una actitud crítica y firme frente al acoso y llevar a cabo actuaciones encaminadas a evitar su aparición (información y concienciación), así como establecer una estrategia global para prevenirlo, introduciendo medidas en la negociación colectiva y participando institucionalmente en todos los ámbitos que puedan trabajar para impulsar la igualdad entre hombres y mujeres en el trabajo.

11. Conclusiones

11. CONCLUSIONES

Para concluir, y a modo de resumen, se presentan las propuestas que deberían presidir el trabajo preventivo en aras a conseguir una protección eficaz de la mujer en el trabajo, atendiendo a las diferencias de género y a su realidad en el mercado laboral.

¿Qué se necesita?

- La introducción de cambios en la distribución de roles y en la importancia de la socialización para la corresponsabilidad.
- El impulso de políticas de prevención de riesgos en todos los sectores de actividad y, especialmente, en aquéllos muy feminizados.
- El registro y seguimiento de las enfermedades que desarrollan las mujeres trabajadoras y que pueden considerarse como enfermedades profesionales o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- La inclusión de la perspectiva de género en la prevención, con el objetivo de contemplar las diferencias entre los hombres y las mujeres y evitar una práctica preventiva centrada en los accidentes de trabajo y en el entorno físico. Infravalorando u

omitendo el resto de riesgos, pues ello implica la discriminación de la mujer.

- Esto implica:
 - Diseñar los puestos de trabajo teniendo en cuenta la persona que lo ocupa, lo que implica tener en consideración, por ejemplo, que si lo ocupa una mujer tendrá unas medidas distintas.
 - Evaluar los puestos de trabajo desde una perspectiva de género teniendo en cuenta: la interacción entre diferentes factores como son la organización del trabajo, los riesgos ergonómicos y psicosociales y la doble presencia. Atender a la exposición del riesgo químico, prestando especial atención a los disruptores endocrinos y, de nuevo, atender a la posible exposición extralaboral como consecuencia de dicha doble presencia de la mujer.
 - La participación activa de las trabajadoras en la identificación de riesgos y en la propuesta de medidas de intervención.
 - Elaborar protocolos de vigilancia de salud específicos para las mujeres que tengan en cuenta las diferencias biológicas y desigualdades laborales.
 - Contemplar, en esos protocolos de vigilancia de la salud, la percepción de malestar y dolor musculoesquelético en sus primeras fases como instrumento de detección precoz de alteraciones de la salud en el trabajo.
- La introducción de problemas específicos de género en los programas de formación en prevención de riesgos laborales.
- Mejoras legales que acerquen nuestro marco normativo a los mínimos dispuestos en la directiva específica.
- Negociación de mejoras específicas y puntuales en el marco de las empresas y sectores a través, fundamentalmente, de la negociación colectiva.

El papel de los delegados y delegadas de prevención

- Resulta fundamental el papel de los delegados y delegadas de prevención. De su labor y su actitud dependerá que se impulse el cambio de una realidad actualmente presidida por la discriminación sexual del trabajo.
- Se debe potenciar la presencia de mujeres como delegadas de prevención y posibilitar su participación en los Comités de Seguridad y Salud, en su caso y en todos los ámbitos de participación y negociación.
- Los delegados y delegadas de prevención deben servir de instrumento de transmisión de la información relativa a la necesidad de que exista una perspectiva de género en cualquier actividad preventiva en el marco de la empresa.
- También han de contribuir a erradicar cualquier manifestación de discriminación y desigualdad en su entorno laboral y sindical.

La participación de las mujeres

- Las trabajadoras deben poder participar activamente en la identificación de riesgos y en la propuesta de medidas de intervención.
- Se debe contar con su colaboración y su compromiso en todos los ámbitos de participación en la empresa.

El compromiso y el trabajo de todos y todas

Por último, debemos tener en cuenta que la igualdad ha de ser un objetivo compartido por todas y todos, pues supone una responsabilidad que excede lo individual y debe convertirse en una prioridad de toda la sociedad.

Para que la promoción de la igualdad, en general, y en la prevención de riesgos laborales, en particular, sea no sólo un objetivo sino una

realidad es necesario centrar la atención en el trabajo y en el entorno de la empresa en la que trabajamos, pero también en nuestro propio sindicato y en nuestro entorno más cercano como núcleo fundamental de convivencia (familia, amigos, vecinos).

BIBLIOGRAFÍA

- **NTP (Nota Técnica de Prevención) 657:** *“Los trastornos musculoesqueléticos de las mujeres (i); exposición y efectos diferenciales”*. Vega Martínez, Sofia. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- **“Accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid-2010”**. Fernández Huete, Teresa. Dirección: M^a del mar Alarcón. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (IRSST), Madrid, 2012.
- **“Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (período 2000-2010)”**. Vicente Abad, M^a Ángeles. Díaz Aramburu, Clara: Departamento de Investigación e Información del Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- **“Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia”**. Moreno, Neus. Romano, Dolores. Brunel, Susana. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), 2008.
- **“La inclusión de los aspectos de género en la evaluación de riesgos”**. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (Informe disponible en <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/209/en/index.htm>.)

- ***“Salud laboral y género”***. Torada, Rebeca y Moreno, Neus. Capitulo publicado en *Mujer y trabajo. Problemática actual*. Valencia. Editorial Germania.
- ***“10 porqués para una salud y una seguridad laboral con perspectiva de género”***. Cuaderno de prevención publicado por la Generalitat de Catalunya. Colección 10 XQ : (Igualdad de las Mujeres en el Trabajo). Barcelona, 2010.
- ***“Mujer y salud. Una perspectiva feminista”***. Wilkinson, Sue. Kitzinger, Celia. Revista *Mujeres y Salud*. nº 1. Mayo, 1997
- ***“Salud, Mujeres y Trabajo: Guía para la mejora de las condiciones de salud y trabajo para las mujeres”***. Secretaría Confederal de la Mujer de Comisiones Obreras (CCOO). Madrid, 2004
- ***“La salud de la mujer trabajadora en Europa. Desigualdades no reconocidas”***. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS). Vogel, Laurent. 2006.
- ***“Más por menos. El trabajo precario de las mujeres en las cadenas de producción globalizadas”***. ISBN 0 84 8452 270 9. (Se pueden hacer descargas de este informe en www.comercioconjusticia.com). Intermom Oxfam.
- ***“El trabajo de las mujeres: comprender para transformar”***. Messing, Karem. ISBN 84-8319-139-3. ISTAS, 2002.
- ***“Libro Verde: Igualdad y no discriminación en la Unión Europea ampliada”***. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2004.
- ***“Mujer, trabajo y salud”***. *Apuntes de intervención sindical*. Unión Sindical de Madrid región (USMR). CCOO. Madrid, 2002.
- ***“Guía de Prevención de Riesgos laborales: Reproducción, maternidad y lactancia natural”***. III Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales. Comisiones Obreras de Madrid. Madrid, 2009.
- ***“La acción sindical frente al acoso sexual”***. Guía Sindical. Secretaría Confederal de la Mujer de CCOO. Madrid, 2009.

- BIBLIOGRAFÍA

ENLACES WEB

- Sitio web de Unión Sindical de Madrid Región (CCOO):
<http://www.saludlaboralmadrid.es/>
- Sitio web de Confederación sindical de CCOO: http://www.ccoo.es/csccoo/menu.do?Areas:Salud_laboral
- Sitio Web del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud:
<http://www.istas.net/web/abretexto.asp?idtexto=3803>
- Sitio Web del Instituto Regional de Salud en el Trabajo:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Estructura&language=es&idListConsj=110926544710&idConsejeria=1142697631805&packedArgs=idOrganismo%3D1109266228581%26cid%3D1109266228581%26c%3DCM_Agrupador_FP&buscar=
- Sitio Web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: <http://www.insht.es/porta/site/Insht/;VAPCOOKIE=t2n1QPNT0pZTlZQMM8k9vTKvDRTPGPJJh6dNVX1nWGZkT1jxM0OP!367294056!-509588295>

Las diferencias sociales, laborales y biológicas entre hombres y mujeres justifican ampliamente la necesidad de incorporar la dimensión de género en la prevención de riesgos laborales. Se hace imprescindible abordar de forma conjunta las dimensiones mujer, salud y trabajo para avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo, salud y vida de las mujeres, permitiéndonos ir más allá de la protección de la salud reproductiva y de la maternidad.

Este estudio pretende contribuir a visualizar las diferencias de salud entre hombres y mujeres, construidas a partir de las diferencias de género y diferencias biológicas, incorporándolas a la investigación, a la asistencia sanitaria y a la práctica de la prevención y avanzando en la identificación de riesgos específicos de género, así como en la incorporación del género en toda la práctica preventiva. En definitiva, avanzando en la defensa de mejores condiciones de trabajo y salud para las mujeres.



UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro

