

Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales

Occupational health and gender. Notes to incorporate the gender mainstreaming in the occupational risks prevention field.

M^o Fernanda González Gómez

Servicio de Salud Laboral Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:

María Fernanda González Gómez
Servicio de Salud Laboral Consejería de Sanidad
Comunidad Autónoma de Madrid
P^o de Recoletos, 14-4^a planta
28001 Madrid. España
Tfno.: 914269350
E-mail: mfernanda.gonzalez@salud.madrid.org

Resumen

En el ámbito nacional e internacional existe un amplio marco normativo y programático que vincula las acciones de entidades públicas y privadas con la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres; sin embargo, las condiciones en que se desenvuelven unas y otros siguen siendo extremadamente diferentes y desiguales. En el contexto de la salud laboral, como en otros, se añade a esto la incapacidad de las instituciones para conocer la situación real de las y los trabajadores y por tanto, la imposibilidad de emprender acciones que promuevan adecuadamente la salud de hombres y mujeres en dicho medio. La incorporación de la perspectiva de género en el actuar de los servicios de prevención contribuye a detectar y corregir los sesgos de género en las actividades preventivas y de vigilancia de la salud. El presente documento pretende apuntar algunas acciones específicas que sirvan de herramientas prácticas para la incorporación de la perspectiva de género en las actividades que se realizan desde los servicios de Salud Laboral.

Palabras clave: salud laboral, género, riesgo laboral.

Abstract

At national and international level, there is a wide legal frame enlacing public and private entities' actions with the equal opportunities for men and women; nevertheless, the conditions in which they work are extremely different. In the occupational health context, like in others, the entities' incapacity to know the real situation of men and women and the impossibility, as a result, to develop actions to improve accurately men and women's health, are summed to the actual inequity. The gender mainstreaming in the occupational risks prevention world contribute to detect and correct the gender slant in the preventive activities and in the health surveillance. This paper aims to provide some simple tools to facilitate the incorporation of gender perspective in the activities developed by the Occupational Health Services.

Key Words: occupational health, gender, occupational risk.

INTRODUCCIÓN

Algunos apuntes previos

En primer lugar sentaremos algunos conceptos imprescindibles para entender adecuadamente la importancia de la introducción de la perspectiva de género en cualquier área de la vida pública y privada. Los términos *sexo* y *género* suelen ser utilizados indiscriminadamente, aunque ambos representan conceptos marcadamente diferentes. Cuando hablamos de **sexo** estamos hablando de la condición orgánica, biológica, que distingue al macho de la hembra. Cuando usamos el término **género**, hacemos “referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura” (definición asumida por la Comisión Europea en 1998).

La categoría “*género*” abarca el conjunto de características, de oportunidades y de expectativas que un grupo social asigna a las personas, y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, en su *sexo*. Las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse a través de la interacción humana.

Así, el género responde a tres aspectos: por un lado a las características histórica y culturalmente atribuidas a hombres y mujeres; por otro, a las relaciones entre hombres y mujeres; por último, al sistema que mantiene, reproduce y cambia dichas relaciones¹. En Beijing, en la Conferencia Mundial de Mujeres de Naciones Unidas de 1995, se acordó la siguiente definición: “*El género es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y de los hombres construidas socialmente, y con claras repercusiones políticas. El sexo de una persona es determinado por la naturaleza, pero su género lo elabora la sociedad*”. Se acordó también en esta conferencia reconocer el género como elemento de análisis, como un concepto que permite profundizar en el conocimiento de la realidad sexuada.

El sexo y los roles de género tienen su impacto en: la vulnerabilidad biológica, en la exposición a riesgos, en la prevención de los mismos, en el acceso a recursos de promoción y prevención, en la incidencia de las enfermedades, en la clínica y en la evolución de las mismas, en las repercusiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad, y en la propia respuesta de los servicios y sistemas de salud; y, en general, en todos los aspectos de la vida y de la salud de hombres y mujeres.

El género impregna, pues, toda la vida social y cultural de las personas. En todas las actividades existen sesgos de género, que, por supuesto, se reproducen también en el ámbito sanitario: podemos reconocer, entre otros, *sesgos en investigación, sesgos en el acceso a la atención, sesgos en el diagnóstico y sesgos en el tratamiento*. Hasta ahora la mayor parte de las investigaciones han servido a intereses masculinos firmemente arraigados en la sociedad como si fuesen intereses generales; además muchos de los estudios han sido realizados solo sobre hombres y después las conclusiones han sido aplicadas a la población general; por otro lado, se ha observado que hombres y mujeres no acuden para ser atendidos en los servicios sanitarios en los mismos tiempos; y diferentes estudios han encontrado que no se produce el mismo esfuerzo diagnóstico ni terapéutico ante la misma patología²⁻⁶.

Además, el género puede ser entendido también como perspectiva, con un significado más amplio. La **perspectiva de género**, según la Comisión Europea (1998), “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 desarrollará 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” ni “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.

CONTEXTO

El mercado laboral

Tres años después de que se iniciara la crisis financiera, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que se ha producido una pérdida de 29,4 millones de puestos de trabajo, de los que el 61,4% corresponden a los países llamados desarrollados⁷. Tras un aumento de las tasas de paro en cifras globales, en octubre de 2009 se inició un descenso de las mismas, mucho más intenso en los países llamados desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, en los que, desde enero de 2011 el paro está aumentando de nuevo⁸. Estos cambios no se están produciendo igual en hombres y mujeres, con diferencias intermensuales que muchas veces tienen que ver con las ocupaciones y actividades en las que trabajan unos y otras, y su predominio estacional (actividades relacionadas con servicios, con agricultura, etc.).

Europa. En la Europa de los 27, entre los años 1990 y 2010 se produjo un aumento de unos 150 millones de **personas activas** llegando a 235 millones, debido a la incorporación de 15 nuevos estados y al aumento de la participación femenina en el mercado laboral⁹. Se observó un aumento de 0,3 puntos en la población activa entre 2008 y 2009 (con un crecimiento negativo en los hombres de 0,1, y positivo en las mujeres de 0,9); a pesar de ello, la población activa masculina supera el 75% mientras que la femenina apenas llega al 63%). Por otro lado, entre los años 2008 y 2010 se produjo un descenso de la tasa de **empleo** de 2,7 puntos en los hombres (lo que supuso, en el segundo trimestre del 2010 el 70,2% de los hombres activos) y de 0,7 en mujeres (significó que el 58,4% de la población femenina activa tenía trabajo)¹⁰. El nuevo perfil de la población trabajadora europea también está marcado por un franco envejecimiento (49-56% de la población activa está formado por trabajadores/as entre 50 y 64 años).

Sin embargo, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral en los últimos 25 años no es homogénea entre países, habiendo diferencias de más de 30 puntos entre el que tiene mejores tasas y el peor. La crisis ha afectado de forma diferente a unos miembros y otros, y además existen diferencias sociales entre los países del norte y los del sur (con repercusión, por ejemplo, en el ejercicio de la maternidad, que influye en la edad del grueso de mujeres ocupadas, siendo más jóvenes en los países del norte)¹¹.

En toda la región el porcentaje de población autónoma se ha mantenido en un 14% en los últimos 20 años, conservándose la proporción hombres/mujeres 2 a 1.

La remuneración que perciben las trabajadoras sigue siendo inferior a la que reciben sus compañeros, en porcentajes que podemos calificar como escandalosos: en el año 2008, a igual trabajo, las mujeres cobraban un 17,5% por debajo del salario de los hombres (los datos de 1994 y 95 hablaban de una mayor equidad: 10% y 13% respectivamente) (datos disponibles en <http://ec.europa.eu.social>).

La industria, la agricultura, la pesca y la construcción se han visto reducidos como **sectores** empleadores, frente al sector servicios, principal empleador de las mujeres⁹. A pesar de ello, las mujeres continúan sufriendo dificultad para la inserción laboral, y está creciendo el porcentaje de jornadas parciales (18,8% en conjunto, constituyendo este tipo el 32,0% de los contratos de mujeres, y el 8,3% de los de los hombres), así

como la temporalidad de los contratos (según datos de la Encuesta Europea de activos laborales 2009). Permanece la segregación de género en el empleo: las mujeres trabajan mayoritariamente en el sector servicios (más del 60% de las mujeres trabajan en este sector), especialmente en educación (actividad en la que el 71% son mujeres) y sanidad y servicios sociales (en que el 78% son trabajadoras¹². En estas actividades se dan en mayor proporción los contratos a tiempo parcial. Otras actividades como servicios personales y comercio, también ocupadas mayoritariamente por mujeres, constituyen subsectores en los que se da especialmente la temporalidad (estos contratos constituían, en 2009, el 12,5% del total). Por otro lado, la construcción también tiene unos altos índices de temporalidad (asume el 24% de los contratos temporales, y el 68% de los trabajadores de dicho sector están contratados temporalmente), aunque este sector es, en los últimos años, el sector en el que se ha producido mayor desempleo. Se definen, pues, perfiles bien diferenciados en lo que respecta a los contratos más precarios a los que acceden hombres y mujeres.

España. En el marco de la crisis financiera mundial se ha producido una gran recesión en el mercado laboral: según los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN), aunque el nº de **activos** ha aumentado entre las mujeres (en el 2010, se produjo un crecimiento del 1,7% sobre el 2009, que significa un total inferior a 10.300.000 activas), el de hombres se ha reducido (con un descenso de 0,9, quedando en menos de 12.820.000 los activos). Ambos grupos han disminuido en todos los sectores salvo en el agrario, donde ha habido un aumento del 3,3%. El peor descenso en las cifras de **ocupados** se dio en el año 2009, en que se perdieron 1.369.600 empleos (más de 1.074.000 eran hombres). En el 2010 los hombres ocupados disminuyeron a 10.289.900 y las mujeres, tras un pequeño repunte a principios de año, sufrieron de nuevo un importante descenso, contabilizándose un total de 8.166.600 mujeres ocupadas. Así, la tasa de empleo a principios de año 2011 en hombres no llegaba a 65%, y en mujeres apenas superó el 41%. El sector de la construcción ocupó a 237.500 personas menos que en el año 2009 (el 96,9% eran hombres), y el sector servicios, redujo sus ocupados en 36.400 (el 70,33% eran mujeres).

Independientemente de las variaciones anuales y de este periodo crítico, y en términos absolutos, es en el **sector** servicios donde se concentra la población trabajadora femenina, y en este sector es superior el nº de trabajadoras que el de trabajadores, llegando incluso a casi triplicarse las cifras en las actividades sanitarias.

En cuanto a la **jornada laboral**, en España, según la Encuesta de Población Activa, en el año 2010 y en relación al 2009, ha habido un aumento de los contratos a tiempo parcial de un 4,8% (6,5% en hombres y 4,2% en mujeres) -considerando contratos indefinidos y temporales-, y un descenso de aquellos de jornada completa, tanto en números absolutos como en porcentajes sobre el total de contratos. (Hay que apuntar que esta tendencia de mayor incremento porcentual de los contratos a tiempo parcial frente al de los de jornada completa venía ya observándose desde el año 2003).

Al analizar sobre la **temporalidad** de los contratos, observamos que en el año 2010, en relación al 2009, ha aumentado muy ligeramente la proporción de los contratos indefinidos sobre el total de contratos, aunque en números absolutos se ha producido un descenso considerable.

Los daños a la salud

Internacional. Según los datos publicados por la OIT, el nº de declaraciones de accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP) como causa de fallecimiento en todo el mundo asciende a más de 2,3 millones, y se prevé que siga aumentando dada la rápida industrialización que se está produciendo en algunos países en vías de desarrollo. A esta cifra se suman los 334 millones de AT no mortales que en un año producen baja laboral de al menos 3 días, y 160 millones de nuevos casos de EP declarados al año. Existen diferencias regionales relacionadas con el nivel de desarrollo industrial: en los

países más desarrollados se ha apreciado un descenso suave de los AT mortales (en parte debido a los cambios de ocupación de los trabajadores en los últimos años), aunque en ellos, actualmente, se están registrando más muertes por EP como asbestosis, responsable de alrededor de 100.000 declaraciones anuales.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo más comunes son: cánceres por exposición a tóxicos, enfermedades músculo-esqueléticas, enfermedades respiratorias, hipoacusias, las producidas por exposición a agentes biológicos, enfermedades cardiovasculares y las relacionadas con estrés en el trabajo. Como problemas emergentes se aprecian los trastornos mentales y los problemas neurológicos.

España. En el análisis de las sucesivas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT) se han observado diferencias en la localización y tipo de patologías y síntomas que hombres y mujeres relacionan con el trabajo^{13,14,15,16,17}. Así, las mujeres se quejan más de alguna molestia músculo esquelética que los hombres: las mayores diferencias registradas se dan en nuca/cuello (32,2% en mujeres y 24% en hombres). Globalmente se detecta mayor frecuencia de depresión, cefalea, dolor de cuello-nuca y dolor en miembro superior entre las mujeres que entre los hombres¹⁴. Por otro lado, una aparente igual exposición puede producir efectos bien diferenciados: en el sector industria, las mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres molestias osteomusculares en cuello, hombro y parte alta de la espalda (ellos sufren más dolor en zona baja de la espalda y rodillas); y, en servicios, las mujeres se quejan más de dolencias en cuello, hombro, mano-muñeca, espalda alta y piernas (los hombres sufren con mayor frecuencia dolor en brazos y rodillas)¹⁶.

Esta morbilidad percibida coincide con los datos proporcionados por los sistemas de registro, que señalan los problemas músculo-esqueléticos como uno de los principales.

Según los datos publicados por el MTIN, en todo el estado español, en el año 2010, se registraron un total de 569.523 **accidentes de trabajo** con baja, lo que significa una reducción del 7,8% respecto al año 2009. (Este descenso fue muy superior en el 2009 respecto al año 2008, llegando a ser de -36,6% en el sector de la construcción). Dicho descenso se produjo en todos los sectores, siguiendo patrones diferentes en hombres y mujeres: se redujeron los índices de incidencia por 100.000 trabajadores en la construcción, industrias manufactureras y suministro de agua en hombres, e industria extractivas, manufactureras y hostelería, en mujeres.

También se redujeron los AT mortales: un descenso del 18,8% en construcción, del 8,87% en industria, del 6,27% en servicios, y del 5,38 en el sector agrario. El índice de incidencia se ha visto reducido en 7 puntos porcentuales (caída muy superior al descenso de la población trabajadora afiliada, que sólo disminuyó en 1,87%). Aunque en términos generales también las cifras de AT graves se han visto reducidas, llama la atención cómo en actividades con gran peso de población femenina como la sanitaria éstos han aumentado.

Se declararon 16.928 **enfermedades profesionales** en el 2010 (13.102 menos que cinco años antes). Se halló incremento en enfermedades leves que produjeron baja en industria alimentaria, actividades anexas a transportes, comercio, actividades sanitarias y administraciones públicas.

Estas EP se distribuyeron de forma diferente en hombres y mujeres. El 60,65% de las Enfermedades Profesionales registradas se produjeron en hombres, y el 39,35% en mujeres. Los sectores y ramas de actividad en las que trabajaban estas mujeres fueron mayoritariamente: comercio, industria de la alimentación, hostelería, servicios a edificios y jardinería y actividades sanitarias. Los hombres con EP trabajaban sobre todo en fabricación de productos metálicos, fabricación de automóviles, construcción e industria alimentaria.

Las enfermedades más reconocidas como profesionales son algo diferentes en orden de frecuencia (tabla 1) en ambos sexos.

Tabla 1. Enfermedades Profesionales reconocidas más frecuentemente en España. Hombres y mujeres. Año 2010

HOMBRES			MUJERES		
	N	%		N	%
Enf. de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	4.989	48,60	Enf. de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	3.385	50,81
Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	1.819	17,72	Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa	1.745	26,19
Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa	998	9,72	Dermatitis	371	5,57
Dermatitis	517	5,04	Enfermedades provocadas por la energía radiante	290	4,35
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos	250	2,44	Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección	183	2,75
Polvo de sílice libre	244	2,38	Inh. de sust. de alto y bajo peso molecular	142	2,13
Metales	167	1,63	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos:	66	0,99

La hipoacusia queda en las mujeres en noveno lugar, y las infecciosas en actividades sanitarias, se relega al puesto décimo octavo en los hombres.

Fuente: estadísticas publicadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: <http://www.mtin.es/>

En esta línea, diferentes estudios confirman que hombres y mujeres con la misma ocupación y aparentemente la misma exposición enferman y se accidentan de diferente manera, y cómo factores relacionados no sólo con el sexo, sino también con los roles sociales en el medio laboral y extralaboral, pueden influir en enfermedades relacionadas con el trabajo y en la propia percepción de la salud por parte de ambos grupos^{14,15,16,17,18,19}.

Estas diferencias han sido objetivadas en la aparición de enfermedades y en la asociación de síntomas psicossomáticos con la exposición a riesgos psicossociales. Como muestra, la **tabla 2** refleja lo observado en la Comunidad de Madrid en la VI ENCT, y cómo la exposición a los mismos riesgos tiene expresiones diferentes en hombres y mujeres.

Tabla 2. Asociación entre exposición a riesgos psicossociales y síntomas psicossomáticos ajustado por rama actividad. Resultados de la VI ENCT en la Comunidad de Madrid

	Le cuesta dormir o duerme mal	Tiene sensación continua de cansancio(*)	Sufre dolores de cabeza	Se nota tenso/a, irritable	Tiene la sensación de estar emocionalmente agotado/a, farto/a de energía
Mantener un nivel de atención alto o muy alto	OR=2,64 (1,43-4,87)			OR=2,17 (1,01-4,69)	OR=2,37 (1,002-5,61)
		OR= 2,04 (1,16-3,61)		OR=2,24 (1,08-4,62)	
Trabajar muy rápido			OR=1,88 (1,04-3,40)		OR=1,98 (1,08-3,71)
Realizar tareas muy repetitivas y de muy corta duración	OR=1,58 (1,02-2,45)				
	OR=1,72 (1,01-2,92)	OR= 2,49 (1,45-4,31)	OR= 2,02 (1,21-3,39)	OR=2,31 (1,22-4,39)	OR=2,35 (1,25-4,42)
Realizar tareas complejas, o difíciles					OR=1,81 (1,02-3,22)
Disponer de informaciones claras y sufs para realizar correctamente su trabajo					OR=2,37 (1,39-5,35)

* Para tener sensación continua de cansancio, en mujeres, trabajar en la rama de actividad "industria química" tiene una OR= 4,22 (1,03-17,28) **Hombres Mujeres**

Fuente: Análisis de la VI ENCT en la Comunidad de Madrid. Cuadernos de Salud Laboral, 2009. Consejería de Sanidad, CM¹⁵.

Por otro lado, cuando se estudian en profundidad actividades especialmente feminizadas, tratadas tradicionalmente como de poco riesgo y sin reconocimiento de las enfermedades relacionadas, las cifras nos permiten apreciar que las trabajadoras están expuestas a riesgos importantes con lesiones derivadas de los mismos, en ocasiones debidas a factores ergonómicos, de organización, higiene..., tales como alteraciones osteomusculares activas²⁰ y otros^{21, 22}.

Los riesgos

Diversas instancias a nivel internacional han llamado la atención sobre los diferentes riesgos a los que se encuentran sometidos trabajadores y trabajadoras, bien por la segregación de tareas, bien por condiciones laborales o bien por diferencias biológicas. Las cuestiones de sexo y de género se interrelacionan dentro y fuera del medio laboral e inciden directamente sobre la exposición diferencial a riesgos y la subsiguiente afectación -también diferente- de la salud de unos y otras.

En términos generales, según vuelcan las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo, (disponibles en: http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074_es.htm), se mantiene una importante relación entre género y las siguientes condiciones de trabajo: tipo de contrato, condiciones de trabajo ergonómicas y medioambiente físico, responsabilidades, autonomía y control sobre el trabajo, horas de trabajo y organización de los horarios, características de salud y seguridad de los trabajos, mecanismos de consulta en los lugares de trabajo, percepción de los efectos del empleo en la salud y los riesgos percibidos, y las actitudes hacia el trabajo, incluida la satisfacción con las condiciones de trabajo.

En esta línea, los análisis de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT) reflejan estas diferencias entre ambos grupos desde la propia percepción de los riesgos: así, en el análisis de lo recogido en la VI ENCT en la Comunidad de Madrid¹⁵, se observaron -en lineamiento con el análisis a nivel nacional- diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la declaración de presencia de factores medioambientales de riesgo (con mayor frecuencia los hombres manifestaron estar expuestos a luz ultravioleta y a radiofrecuencias), y de requerimientos físicos (los hombres declararon más tener que realizar fuerzas importantes y mover cargas pesadas, y las mujeres tener que mover personas). En cuanto a las exigencias de la actividad laboral, los hombres manifestaron en mayor proporción tener que mantener un nivel de atención alto o muy alto, trabajar con plazos muy estrictos y muy cortos y realizar tareas complejas o difíciles, y las mujeres dijeron más tener que tratar con personas que no son de la empresa. Como aspectos molestos, se quejaron más los hombres del ritmo de trabajo, de la cantidad del mismo, de esfuerzos físicos, del ruido, de la mala iluminación, del riesgo de tener un accidente, del riesgo de sufrir una enfermedad laboral, o de la manipulación de sustancias tóxicas. También se vieron aspectos laborales diferentes en unos y otras como posible fuente de estrés: las mujeres se quejaron más de la posibilidad de perder su trabajo en seis meses, de no recibir un sueldo adecuado, de no tener posibilidades de ascenso, y de no tener probabilidades de aprender y prosperar. Sin embargo, también fueron ellas las que manifestaron más tener algunos factores que podrían considerarse como protectores frente al estrés, tales como el tener libertad para decidir los días libres, el tener la oportunidad de hacer aquello que sabe hacer mejor en el trabajo, el tener sentimiento de realizar un trabajo bien hecho, el poder poner en práctica sus propias ideas en el trabajo, y el tener la sensación de estar haciendo un trabajo útil. El 2,7% de las mujeres (frente al 0,7% de los hombres) manifestaron haber sufrido acoso sexual en los 12 últimos meses, y el 2,6% de aquellas (frente el 0,1% de sus compañeros) declaran haber sufrido en ese periodo discriminación por cuestión de sexo.

Y estas diferencias también se han encontrado en otros estudios al analizar las respuestas de unos y otras en las mismas actividades^{16,23}.

Existen, pues, diferencias en cuanto a los riesgos a que se exponen unos y otras, no solo debidas a diferentes ocupaciones y actividades que desarrollan en su trabajo, sino

también a otros factores que podrían estar relacionados con la diferente vulnerabilidad, o con las propias condiciones laborales (condicionadas muchas veces por aspectos de género). Como ya se ha mencionado, es mayor la participación de las mujeres en los contratos a tiempo parcial, con todo lo que éstos conllevan: trabajos peor remunerados (sobre todo del sector servicios), generalmente más monótonos y con menores posibilidades de aprendizaje formal, y cuyos riesgos son siempre peor evaluados (por ser de menos horas, y por, en muchos casos, no encontrarse los trabajadores en el momento de la evaluación de riesgos).

A su vez, las diferencias salariales exponen a las trabajadoras a mayores riesgos: estrés en el trabajo por trato desigual y discriminatorio en las condiciones de empleo, estrés en su organización familiar, -pues dificulta el poder contratar ayuda para las tareas domésticas-, peores condiciones de vida que los hombres y/o exigencia de invertir mayor nº de horas remuneradas para sostenerse; todo ello repercute en una peor salud (1)²⁴ lo que a su vez conlleva mayores dificultades para desarrollar su vida laboral, entrando así de lleno en la espiral de la feminización de la pobreza. En las ocupaciones de más alta remuneración, estas diferencias también se producen -con excepción de algunos países de la antigua Unión Soviética y Tailandia, donde los salarios de estas trabajadoras de alta cualificación son muy parecidos a los de sus compañeros- y se constata, a nivel mundial, que las mujeres continúan cobrando menos que los hombres por el mismo trabajo, y que la diferencia de salarios es mayor que la diferencia media para toda la población²⁵. Una consideración aparte merece el riesgo al acoso laboral (mobbing) y sexual, al que están expuestos de forma bien diferenciada hombres y mujeres, y cuyas consecuencias son muy invalidantes para la persona que lo sufre.

Además de estos riesgos ocultos a los que están expuestas las mujeres que trabajan en actividades reconocidas, están aquellos que afrontan millones de mujeres que desarrollan su trabajo en actividades económicamente no reconocidas: son mujeres las que mayoritariamente mueven el sector informal y constituyen la fuerza de trabajo en el área doméstica y, en sectores como la agricultura -especialmente en las explotaciones familiares-, es demasiado frecuente encontrarse con que solo los varones son dados de alta como trabajadores y por tanto solo ellos son reconocidos como tales, siendo las mujeres, sin embargo, fuerza imprescindible de trabajo, y estando expuestas a importantes riesgos sobre los que no han sido alarmadas. Se trata de una masa "invisible" de trabajadoras en alto riesgo (en muchos casos, por ejemplo, son ellas las encargadas de preparar y aplicar los productos pesticidas en las plantaciones). Por otro lado, aunque la economía informal no involucra a nuestra población al mismo nivel que en otros países más pobres, actualmente, con el aumento de los índices de desempleo, se ha fortalecido este tipo de actividad económica en nuestro país, quedando expuesto un porcentaje no desdeñable de población trabajadora a la ausencia total o casi total de prevención de riesgos laborales. (Y no hay que olvidar el gran peso que en el empleo informal tienen las mujeres).

También las reformas laborales y del sistema de pensiones tendrá sus peores efectos sobre las mujeres, pues son ellas las que, aún hoy, en la mayor parte de los casos, han tenido que "aparcar" su actividad laboral para hacerse cargo de los hijos, con una reincorporación posterior (si se produce) al mercado laboral, en inferioridad de condiciones que sus compañeros coetáneos, y con menos años cotizados de cara a su jubilación. Una vez más, las mujeres están más cerca de vivir peor.

Los riesgos de la prevención. El ejercicio de una prevención sin perspectiva de género puede constituir, en sí mismo, un riesgo. En la valoración de riesgos laborales a los que mujeres y hombres están expuestos, suele establecerse la peligrosidad diferencial de las exposiciones basándose exclusivamente en el sistema reproductor y en las supuestas

(1) Por ejemplo, un exceso de horario laboral produce en los hombres una menor incidencia de infartos, y sin embargo, en las mujeres, aumenta el riesgo de sufrirlos (observado en un estudio realizado por Alfredsson et als. en Suecia, según cita Östin Pirooska en *Incorporación de la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas*. OPS).

diferencias psicológicas, ignorando o fomentando la segregación horizontal y vertical, contribuyendo así a una mayor inequidad en la protección de la salud de los y las trabajadoras²⁴. Así, determinadas medidas tradicionales “de protección a las mujeres”, lo que han conseguido es excluir a las mujeres de ciertas actividades y desproteger a los hombres, a quienes, por el hecho de no gestar, se les ha expuesto a productos nocivos en lugar de evitar su uso o minimizar sus niveles²⁶. Por otro lado, los valores límites de seguridad de muchos compuestos utilizados en el sector agrario tienen su referente en los estándares masculinos: a las mujeres, productoras de la mitad de los alimentos que se consumen en el mundo, se les aplican dichos límites obtenidos en investigaciones realizadas en hombres.

Los aspectos ergonómicos se basan principalmente en las medidas masculinas, lo que produce en las mujeres, además de los problemas físicos derivados directamente de la inadecuación de los medios, serios problemas de estrés por falta de control de los propios equipos, y por una exigencia de mayor atención para poder realizar el trabajo correctamente a pesar de los medios.

En términos generales, se considera que las mujeres trabajan en áreas llamadas de “tareas ligeras”, y los hombres en “tareas pesadas”, etiquetadas así por estar expuestas a riesgos más visibles; dicha denominación provoca a su vez sólo buscar, –y por tanto sólo ver–, los riesgos de dichas tareas, olvidando los riesgos más ocultos de las mal llamadas tareas ligeras.

Añadido a todo esto, al analizar las ENCT se encuentra que la información recibida por las y los trabajadores sobre los riesgos a los que están expuestos no suele ser uniforme dependiendo de la actividad de la empresa, siendo los más informados (han recibido información en los dos años previos a los que se produce la encuesta) los trabajadores de la industria química, la industria del metal, y actividades sanitarias y veterinarias y, los peores, los trabajadores de otras actividades sociales y de servicios personales. Las primeras, actividades cuyos trabajadores son mayoritariamente hombres, opuestamente a lo que ocurre con el grupo menos informado. También sobresalieron por estar peor informados de los riesgos en el trabajo los empleados temporales¹⁴.

Analizando el ofrecimiento de reconocimiento médico preventivo (según lo observado en la VI ENCT en Madrid), éste fue ofrecido al 100% de la población que trabaja en la industria química, y sin embargo en otras como comercio, hostelería y actividades sociales y de servicios personales, no llega a la mitad. De nuevo se repite el patrón antes descrito, de diferente oferta preventiva entre actividades que ocupan predominantemente a hombres y a mujeres. Se halló, con una diferencia de 12 puntos porcentuales, que es más probable que no se le ofrezca reconocimiento médico laboral a las mujeres que a los hombres, y que también es más probable que, aunque se les haya ofrecido, éstas rehúsen (en un 10,2% frente al 6,4% de los varones). Este rechazo podría tener relación con aspectos laborales (tales como horario o tipo de contrato) o con otros aspectos de género extralaborales¹⁵.

En cuanto a la identificación de los riesgos (para su posterior valoración, eliminación, reducción, etc.), se puede concluir que se cometen dos errores básicos omnipresentes en todos los ámbitos de la salud, y, por supuesto, en el de la salud laboral: se considera a hombres y mujeres iguales cuando no lo son (factores fisiológicos, antropométricos, hormonales, sociales), y se considera que son diferentes en aspectos en los que en realidad son iguales (posibilidad de enfermar de patologías tradicionalmente “masculinas” –como las cardiovasculares–, exposición a riesgos, capacidad de trabajo, aptitudes técnicas, dotes de organización...)²⁷. Como expresa Gita Sen, “es importante tener en cuenta que la biología reproductiva no da cuenta de todas o la mayor parte de las diferencias entre mujeres y hombres”²⁴.

Los estereotipos

A pesar del desarrollo modernizante de nuestro marco jurídico y de la difusión de la nueva cultura de la equidad “intersexos” e “intercultural”, permanecen arraigados sólidamente en el imaginario colectivo ciertos estereotipos que deben ser desterrados para progresar en la búsqueda de la equidad en la salud de los y las trabajadoras. Entre ellos, podemos enunciar:

- El lugar más seguro para las mujeres es su casa.
- La mujer tiene menos fuerza, por lo tanto no puede realizar los mismos trabajos.
- La mujer tiene menos capacidad de mando.
- Si hay menos mujeres en altos cargos, será porque no están cualificadas.
- Si hay menos mujeres en altos cargos, es porque hay menos mujeres trabajando.
- Es una habilidad propia de las mujeres el cuidado de las personas, razón por la que ellas son las que lo hacen mejor, y por tanto es lógico que sean ellas quienes lo hagan.
- Las tareas domésticas de limpieza son propias de las mujeres.
- En el ámbito laboral, esta idea se repite.
- Los riesgos a los que están expuestas las mujeres en sus trabajos, son menos y menos dañinos. a prevención de riesgos laborales debe priorizar lo más llamativo.
- Lo neutral es no buscar la diferencia por sexos, ya que todos somos iguales.
- Para que los datos sean más universales, es mejor agregarlos.
- El lenguaje en masculino abarca también lo femenino, y eso no tiene repercusiones sobre la diferenciación entre ambos.
- A un buen profesional sanitario no es preciso recordarle y mucho menos formarle en las diferencias que el género puede provocar sobre la salud de las personas y su exposición a diferentes riesgos.
- El trabajo no remunerado no es trabajo, y no tiene efectos económicos.
- Los roles de género en el ambiente extralaboral no tienen repercusión sobre la exposición a riesgos en el ambiente laboral.
- Los contratos precarios no constituyen en sí mismos un riesgo para la salud de los y las trabajadores/as.
- No existen factores de género que influyan negativamente en los riesgos a los que están expuestos los hombres.
- Y otros...

Marco normativo

La importancia de la protección de la salud de la población trabajadora ha ido consolidándose, y las diferentes instancias e instituciones relacionadas con la salud y con el ámbito de lo laboral, tanto a nivel nacional como internacional, asumen hoy con fuerza la necesidad de trabajar en este sentido, y lo están haciendo poniendo énfasis en la integración de la perspectiva de género en sus políticas, estrategias, planes y programas.

Contexto internacional

En el ámbito internacional, en el marco de las **Naciones Unidas**, existe una batería de reconocimientos y compromisos políticos que establecen la igualdad de hombres y mujeres: la Carta de las Naciones Unidas (1945), la Declaración Universal de los DDHH (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención sobre derechos políticos de la mujer (1952), el Pacto Internacional de 19 de diciembre de 1966 sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado por España en 1977, en el que se reconoce el periodo de maternidad como de especial protección, antes y después del parto, con derecho remuneración), la Declaración sobre la eliminación de

discriminación contra la mujer (1967), la Convención de 1979 sobre eliminación de todas las formas de discriminación (en la que se reconoce la protección de la salud y la seguridad en el trabajo, incluida la salvaguardia de la función de reproducción), y la Declaración de eliminación de la violencia contra la mujer (1993), que incluye la producida en el medio laboral, entre otros.

Consciente el organismo de las inequidades existentes en todo el mundo entre mujeres y hombres, ha organizado y amparado seis Conferencias Mundiales sobre las Mujeres, lo que supone el reconocimiento del papel de las mujeres en las distintas sociedades, y de la importancia de la lucha contra cualquier forma de discriminación contra las mismas: México, 1975, Copenhague, 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995, New York 2000- Beijing + 5- y New York -Beijing +10, y la Cumbre Mundial sobre las Mujeres de New York -Beijing + 15-. Todas ellas han girado en torno a los ejes de equidad, desarrollo y paz.

Por otro lado, en el seno de Naciones Unidas se ha tejido un marco institucional que sirve de base a todas las políticas y acciones tendentes a conseguir la igualdad de mujeres y hombres: existen múltiples organismos específicos de igualdad: la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer -CSW- (1946), el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), 1976, la División para el Progreso de la Mujer -DAW- (1988), y ONU Mujeres (entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres), y otros con diferentes objetivos (como FAO, UNESCO, PNUD...), tienen también incorporada en sus marcos estratégicos la transvesalización de la perspectiva de género.

La **Organización Mundial de la Salud** es sensible a la estrecha relación de la salud de las personas con el medio laboral en el que se desenvuelven: desde la Declaración de Alma Ata (1978) ha aprobado diferentes resoluciones que han ido reconociendo la gravedad de los problemas de salud de la población trabajadora, y la importancia de trabajar por promover la salud en el medio laboral. Además, este organismo prioriza la política de igualdad de género, mediante la incorporación del análisis y las acciones de género en todas sus actuaciones.

La **Organización Internacional del Trabajo** (OIT), desde su constitución, viene impulsando la mejora de la salud en el medio laboral en diferentes convenios. Reconoce que la disponibilidad de los servicios de seguridad y salud laboral en el trabajo es un derecho individual de cada persona, y ha promovido numerosos acuerdos y recomendaciones que pretenden mejorar la situación de las mujeres en el mundo laboral, incluyendo entre otros los aspectos relacionados con la reproducción, la conciliación de la vida laboral y familiar, y la remuneración. Cuenta, además, con una Oficina de Igualdad de Género establecida en Ginebra, que aboga por la igualdad en toda la organización.

Por su parte, la **Unión Europea** (UE) ha desarrollado una profusa normativa relacionada con la protección de la seguridad y la salud de las personas en el medio laboral, tanto en los aspectos de protección y prevención individual y colectiva, como en lo relacionado con las condiciones de trabajo, el trato y el acceso a los servicios, la maternidad y la conciliación de la vida familiar y laboral, y las obligaciones relacionadas con los derechos de los y las trabajadoras. El Tratado de Roma -1957- obliga a igual retribución para un mismo trabajo, y la Carta social Europea -1961 (ratificada por España en 1980- reconoce el derecho a una protección especial de trabajadoras en maternidad (mediante retribución, permisos y prohibición de despido). Introduce un principio armonizador en todo el territorio a través del artículo 118 A del Acta Única, y se posiciona para promover la mejora de la seguridad y de la salud de las personas en el trabajo en su Directiva Marco 89/391/CEE. Esta voluntad política se concreta también en la creación de organismos específicos de condiciones de trabajo, tales como la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, y la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, la UE tiene, como una de las misiones esenciales, la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, fijándose como objetivo la eliminación de las desigualdades y el fomento activo de la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación, y en todas las políticas (artículos 3

y 141 del tratado constitutivo de la UE –Tratado de Ámsterdam, de 1997). También prohíbe, en su Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (proclamada en el año 2000), cualquier discriminación por razones de sexo y consagra el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos.

Con el fin de garantizar la incorporación de la perspectiva de género y promover la equidad se ha creado el Instituto Europeo de Igualdad de Género, cuyo objetivo principal es desarrollar el conocimiento, la puesta en común de los recursos y el intercambio de experiencias para fomentar la igualdad entre el hombre y la mujer.

Contexto nacional

En el marco de la **Constitución Española de 1978**, se ha desarrollado una amplia normativa relativa a la protección de la seguridad y salud en el trabajo, así como a la igualdad de derechos y oportunidades en hombres y mujeres en los distintos ámbitos de la vida civil, política y social (incluidos por tanto los ámbitos laboral y sanitario).

Tanto la legislación generada sobre derechos laborales como aquella relacionada con la salud, conforman un escenario que pretende garantizar el ejercicio del derecho de los y las trabajadoras a desarrollar sus tareas en un medio saludable, tratando aspectos tendentes a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres en el trabajo.

La carta magna, en su artículo 14 establece la igualdad de los españoles 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; y en el artículo 35, reconoce el derecho al trabajo sin discriminación por razón de sexo. En su artículo 43, relativo a la Protección de la Salud, reconoce el derecho de los ciudadanos a dicha protección, aspecto desarrollado por La Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad y por la recientemente promulgada Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, que incluye la salud laboral como actuación propia de salud pública, y que además, en su título preliminar, en el capítulo de principios generales, establece específicamente que las actuaciones en materia de salud pública deberán incorporar la perspectiva de género. Por otro lado la Constitución, en su artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo, lo que conlleva, tal y como expresa la **Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (y posteriores modificaciones), la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Se ha promulgado una profusa normativa relacionada con los derechos laborales, la seguridad social y las condiciones de trabajo, promoviendo la conciliación de la vida familiar y laboral: la Ley de infracciones y sanciones de Orden Social (RD Legislativo 5/2000); la **Ley 39/99** (modificada por Ley 12/2001), que promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; la **Ley Orgánica de igualdad efectiva de mujeres y hombres** (Ley Orgánica 3/2007), que modifica toda una serie de leyes básicas de los ámbitos laborales y sanitarios; y otras relacionadas con el derecho a diferentes prestaciones de la población trabajadora.

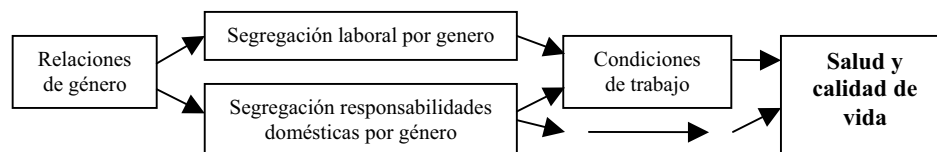
ENTONCES, ¿ES NECESARIO INTRODUCIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?

“... la equidad de género en materia de salud debe apoyarse en su propio fundamento, a saber: ausencia de sesgo”. “Los proveedores y sistemas de salud multiplican los sesgos al no reconocerlos ni observar la necesidad de medidas compensatorias”²⁴.

Existe, como hemos visto, un incremento sostenido de la participación de mujeres en el mercado laboral, con una tendencia clara sobre la distribución en éste, con predominio de empleo temporal y a tiempo parcial²⁸. Se mantienen, por otro lado, la segregación horizontal y vertical en la distribución de puestos de trabajo y tareas entre hombres y mujeres, y continúa existiendo un gran decalaje entre los salarios de unos y otras. En términos generales, las relaciones de género influyen invariablemente en las condiciones de trabajo.

La Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo explica así las interacciones entre los factores de género, las condiciones laborales, y la salud y la calidad de vida (gráfico 1):

Gráfico 1. Interacción de factores de género, factores laborales, salud y calidad de vida



Fuente: EUROFOUND. Gender, jobs and working conditions in the European Union.

No son solo los roles de género en el medio laboral los que determinan la salud de los y las trabajadoras, sino que también son determinantes las relaciones de género en el medio extralaboral, hecho que no se puede obviar a la hora de analizar los diferentes estados de salud de la población trabajadora.

Las cuestiones de género tienen su impacto en la exposición y en la prevención de los riesgos, en el acceso a recursos para promover y proteger la salud física y mental (incluidas la información, la educación, la tecnología y los servicios), en las manifestaciones, severidad y frecuencia de las enfermedades, en las diferentes repercusiones sociales y culturales de la salud y enfermedad, en la respuesta de los servicios y sistemas de salud, y, en fin, en todos los aspectos de la vida y la salud de hombres y mujeres.

Así pues, múltiples determinantes relacionados con el sexo y con el género provocan que unas y otros estén expuestos diferentes riesgos, y además que lo hagan de forma diferente. Sobre este punto existen datos pero, en general, la investigación relacionada con el tema aún no es tan abundante como sería deseable, y las acciones emprendidas en el campo de la promoción de la salud en el medio laboral, pocas veces tienen en cuenta estas diferencias.

La normativa vigente obliga a las administraciones a velar por una adecuada prevención de riesgos laborales, a promover la equidad en el ejercicio de los derechos de cada trabajador o trabajadora, y, en fin, a garantizar la seguridad y la salud en el medio laboral. Para cumplir esta responsabilidad, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienda –entre otros– que las políticas y programas de los Estados Miembros contengan una dimensión bien definida y transparente de género, que se desarrollen guías e instrumentos de inspección con sensibilidad de género, y se forme al personal en este aspecto. Por otro lado, la normativa exige a las empresas garantizar la salud y la seguridad de sus plantillas, y hacerlo según las características de la actividad y de las personas que desarrollan la misma. Son los Servicios de Prevención (SSPP) los encargados de materializar el cumplimiento de dicha obligación empresarial. Como hemos visto, la normativa les recuerda que deben colaborar con las autoridades sanitarias, y las leyes de igualdad proponen, como primer paso, el conocimiento y reconocimiento de las diferencias de salud y de acceso a la misma para lograr la equidad entre hombres y mujeres y la excelencia en la calidad de sus acciones.

Así pues, aunque la situación del mercado laboral no es la más halagüeña ni mucho menos, y la crisis y los ajustes que los diferentes países están llevando a cabo perjudicarán sobre todo a la situación de las mujeres²⁸, y a pesar de que la reducción privada de gastos se está haciendo muchas veces –desgraciadamente– a costa de la prevención, no podemos obviar la obligación que tenemos ni perder la oportunidad (dado que existe la necesidad, un marco jurídico adecuado, y condiciones técnicas para ello) de llevar a cabo la consecución de un nuevo e ineludible criterio de calidad: la equidad de hombres y mujeres en todos los ámbitos de su vida social y económica, y por tanto en el de la salud en el medio laboral.

MÉTODO

Con el fin de proponer algunas herramientas específicas para introducir la perspectiva de género en el actuar de las distintas instancias involucradas en la salud laboral, nos hemos inspirado en el método utilizado por la Fundación Mujeres para realizar las evaluaciones ex-ante²⁹. Lo hemos simplificado en tres fases: análisis de situaciones, propuestas a incorporar, y valoración del impacto de género. Y puesto que la salud laboral se asume desde dos frentes (el institucional y el de los SSPP), analizaremos a continuación las funciones de cada uno de ellos, y buscaremos medidas específicas para incorporar la perspectiva de género en las diferentes actividades desarrolladas.

Aunque es desigual la asignación de recursos humanos y materiales para los departamentos de salud laboral en las administraciones de las 17 CCAA y de las dos ciudades autónomas, en principio las competencias son similares, por lo que lo aquí propuesto podría ser válido para cada uno de ellos; y a nivel central, en el Servicio de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con su capacidad de cohesión y reguladora, también son asumibles varias de las propuestas (sobre todo en lo referente a sistemas de información, material de difusión, participación en la elaboración de protocolos...). En cuanto a los servicios médicos de los SSPP, sus actividades quedan definidas en el artículo 3 del RD 843/2011 de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los SSPP. Reflejamos en la [tabla 3](#) las líneas generales de trabajo de administraciones y SSPP.

Tabla 3. Actividades de Servicios de Salud Laboral (administración y SSPP)

ACTIVIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES QUE VELAN POR LA SALUD LABORAL
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de sistemas de información de sobre riesgos laborales, vigilancia específica, y siniestralidad laboral. • Elaboración de estudios epidemiológicos sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. • Elaboración de informes técnicos sanitarios sobre clústers o incidencias relacionadas con la prevención de riesgos y la salud. • Formación en salud laboral de personal sanitario. Participación en la coordinación de la formación de futuros especialistas. • Promoción de diferentes programas de prevención de riesgos laborales. • Información a la autoridad laboral sobre los aspectos sanitarios de los SSPP. • Participación en la elaboración de legislación relativa a la prevención de riesgos laborales y de la promoción de la salud laboral. • Participación en la elaboración de protocolos para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as. • Seguimiento de la adecuación de los recursos y de las actuaciones de los SSPP. • Coordinación con SSPP (propios y ajenos): en el ámbito de la información, difusión y formación continuada. • Participación en el grupo de trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con las especialidades técnicas en la identificación y evaluación de riesgos, diseño de puestos, plan de prevención • Investigación de daños, y comunicación de enfermedades relacionadas con el trabajo al organismo competente de cada comunidad autónoma (según RD 1299/2006). • Estudios epidemiológicos. Realización de encuestas de salud. Investigación. • Vigilancia de la salud individual (aptdo 3 artlo. 37 del RD 39/97) (reconocimientos previos, periódicos, tras baja prolongada, post-ocupacionales..) • Atención de urgencias • Formación e información a empresarios/as y trabajadores/as. Formación continuada al personal del SP. • Planificación e implementación de programas preventivos y de promoción de la salud en el medio laboral. • Coordinación con las autoridades sanitarias y con el Sistema Nacional de Salud.

PROPUESTAS DE ACCIONES ESPECÍFICAS POR LÍNEAS DE TRABAJO

1. La generación de conocimiento: desarrollo de sistemas de información, gestión y análisis de la misma; realización de estudios epidemiológicos

Análisis: En la actualidad, y a nivel mundial, aún existe –aunque, como apunta Naciones Unidas, esta situación está mejorando– una carencia en la recogida y explotación de datos desagregados por sexo en todos los ámbitos, y muy especialmente en el laboral. Los sistemas que recogen la siniestralidad laboral sí suelen contemplar la variable sexo, aunque es casi anecdótico hallar explotaciones posteriores con enfoque de género. En el ámbito de la salud laboral y de la prevención y aplicación de protocolos específicos de vigilancia de la salud, queda todavía un largo camino por recorrer, y la dificultad de disponer de datos desagregados por sexo es todavía un *handicap* importante para la mejora del conocimiento científico.

Sin embargo, y a pesar de esta escasa información, se reconocen como ciertas cuestiones tales como “si hay menos mujeres en altos cargos, es porque no están cualificadas”, “si hay menos mujeres en altos cargos, es porque hay menos mujeres trabajando”, “los riesgos a los que están expuestas las mujeres en sus trabajos, son menos y menos dañinos”, “los roles de género en el ambiente extralaboral no tienen repercusión sobre la exposición a riesgos en el ambiente laboral”, “los contratos precarios no constituyen en sí mismos un riesgo para la salud de los y las trabajadores/as”, “no existen factores de género que influyan negativamente en los riesgos a los que están expuestos los hombres”, etc., etc. Todo ello sin base científica alguna, dada la escasez de datos desagregados; en todo caso, los disponibles, apuntan en sentido contrario.

Carece de rigor científico afirmar que lo neutral es agrupar por sexos, “ya que todas las personas son iguales”, y que para que los datos sean más universales, es mejor obtener información globalizada. Con ambas premisas se vacía de proyección a cualquier sistema de información, esto es: recoger, tratar y analizar información para la toma de decisiones efectivas. Si pretendiendo universalizar, unificar datos, ocultamos la realidad diversa, diferenciada por grupos, ¿cómo se podrá decidir la puesta en marcha de acciones efectivas y eficientes para mejorar la situación del conjunto, formado por cada uno de estos grupos?

Resumiendo: por un lado se pretende igualar lo diferente y por otro se diferencia lo que es igual, aceptando como verdad los estereotipos relacionados con la capacidad física, intelectual y psicológica de hombres y mujeres para el trabajo.

Propuestas:

1. En las investigaciones a emprender, identificar y definir los problemas a investigar teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres en salud, contexto social, accesibilidad a recursos preventivos, etc.
2. En los estudios, asegurar una adecuada representación de mujeres y hombres.
3. Todos los sistemas de información que se creen deberán contener necesariamente la variable sexo como dato de registro: sistemas de recogida de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de exposición a riesgos (para todos los tipos de riesgo), de aplicación de protocolos de vigilancia de la salud, encuestas de salud...
4. Como práctica de calidad científica, y para evitar la pérdida de información ya captada en los registros de base, realizar la explotación de los datos sistemáticamente de manera diferenciada para ambos sexos, salvo para las sumas globales.
5. Favorecer la cooperación entre grupos de investigación.
6. Realizar proyectos de investigación cualitativa, capaces de aportar información sensible a género, en muchos casos de mejor calidad que los estudios cuantitativos. Se recomienda el empleo de ambos tipos de estudios.

7. En todo caso, ante cualquier duda, se aconseja acudir a las guías que ya muchos organismos nacionales e internacionales han comenzado a editar, incluyendo recomendaciones sobre herramientas y acciones específicas para la introducción del enfoque de género en estos estudios^{1, 30}.

Impacto: Se podrá contar con información veraz sobre la exposición diferenciada a riesgos (si existe); sobre la puesta en marcha de medidas de prevención (si éstas se toman o no dependiendo del sexo de los y las trabajadoras, si se tienen en cuenta factores individuales, y en qué medida se vigila su cumplimiento); sobre la realización de vigilancia de la salud en trabajadores y trabajadoras (si acuden de manera uniforme, o si se aprecia menor afluencia de uno de los grupos, si se aplican igual en hombres y mujeres ante los mismos riesgos, y si la realización de pruebas específicas se realizan sin sesgos de género), etc.

Todo ello, unido a la disponibilidad de datos desagregados sobre accidentes de trabajo e incidencia de enfermedades, clarificarían el mapa de la exposición a riesgos, la prevención, la vigilancia y los daños en los y las trabajadoras, mejorando sustancialmente, así, la capacidad de las administraciones y entidades privadas de tomar medidas correctoras tendentes a mejorar realmente la salud en el medio laboral.

2. Formación

Análisis: Los profesionales sanitarios no reciben, en su época formativa, orientación alguna en cuanto a la importancia del enfoque de género en el ámbito de la salud, aprendiendo una medicina androgénica con datos basados mayoritariamente en estudios realizados sobre hombres o tomando a éstos como referencia, y no una medicina científica basada en la realidad anatómica, fisiológica y psicológica de hombres y mujeres. Exactamente lo mismo ocurre con el resto de las especialidades preventivas.

No se trata, pues, de una actitud negativa de los y las profesionales hacia la introducción de la perspectiva de género en sus actividades sanitarias o de otro tipo, sino de que ignoran el hecho de que hombres y mujeres son tratados muchas veces igual (siendo diferentes), y otras tantas de forma diferente teniendo el mismo problema, todo ello basándose en estereotipos reconocidos como verdad absoluta, o en información incompleta o sesgada.

Por otro lado, ni el personal de los SSPP ni los propios trabajadores son conscientes de estas diferencias, asumiéndolas, en la mayoría de los casos, como normales y justificadas, no valorando que estas formas diferentes de exponerse y reaccionar a los riesgos exigen un esfuerzo específico para prevenir cada uno de ellos.

Propuestas:

1. En la formación de profesionales: impartir escrupulosamente, en base a los conocimientos científicos, toda la información clínica de manera diferenciada en hombres y mujeres (si así ocurre). La información epidemiológica se dará sistemáticamente de forma desagregada por sexos.
2. En la formación e información en las empresas: diferenciar, igualmente, las exposiciones, los riesgos, la prevención y los posibles daños de ambos grupos, siempre que corresponda.
3. Aplicar lo anterior en los materiales didácticos, y revisar los esquemas gráficos (incluidos los dibujos del cuerpo humano), para asegurar que éstos no dan una visión sesgada o androgénica de los trabajadores, facilitando la doble versión del cuerpo humano, y no el masculino como el prototipo y el femenino como una variante del mismo. (No hay que olvidar que el que los y las profesionales trabajen continuamente con esquemas que representan únicamente el cuerpo masculino como prototipo del humano, crea una gimnasia mental de asimilación de dicha homologación como cierta).

Impacto: Los y las profesionales sanitarias adquirirán la capacidad de observar a su población trabajadora entendiendo que ser hombres o mujeres les coloca en unas situaciones de riesgo diferenciadas, y en muchos casos en unos perfiles patológicos específicos, al tiempo que podrán desechar estereotipos que naturalizan diferencias inducidas por el entorno social y minimizan los riesgos a los que están expuestas muchas trabajadoras. Los y las trabajadoras serán conscientes de sus propios riesgos, y de las medidas más adecuadas para prevenir los efectos de su exposición, pudiendo colaborar con la empresa para una mejor prevención.

3. Promoción de programas de prevención de riesgos laborales

Análisis: Los programas de prevención de riesgos laborales, salvo muy honrosas excepciones, continúan viendo a los trabajadores como una masa informe sin características individuales o, si las hay, están más relacionadas con discapacidades, trabajadores/as especialmente sensibles, gestación u otros aspectos que requieren protección especial en un momento dado.

Propuestas:

1. Tomar decisiones y planificar acciones en coherencia con los resultados del análisis con perspectiva de género realizado a partir de los nuevos sistemas de información y de los estudios epidemiológicos. Y hacerlo no solo en el proceso de identificación de problemas y necesidades específicas, sino también en la priorización de objetivos.
2. Establecer planes, programas y proyectos que actúen para evitar y/o reducir específicamente dichos riesgos, teniendo en cuenta si existen o no riesgos diferenciados, inequidades por cuestión de género, y las condiciones específicas de los y las trabajadoras.
3. Establecer mecanismos de participación e intercambio entre mujeres y hombres en todas las fases de programas y proyectos. Y tener en consideración lo que dicha participación pueda aportar.
4. Consultar guías disponibles para incorporar la perspectiva de género en programas³¹. (La página web de ministerio de sanidad da acceso a toda una serie de guías elaboradas por diferentes organismos, y que pueden servir de ayuda:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/revisionGuias.htm>).

Impacto: Al dirigir específicamente los esfuerzos preventivos según las condiciones y riesgos de cada trabajador/a, los resultados, con los mismos recursos, son más y mejores: las acciones, pues, son más eficientes y efectivas.

Al propiciar mejoras en la prevención de toda la población trabajadora de determinada rama o empresa, se está cumpliendo un criterio de calidad básico en cualquier acción, tanto de las administraciones como de los SSPP: la equidad en el ejercicio de derechos de hombres y mujeres, entre los que se incluyen el derecho a la salud y el derecho a la prevención y protección de su salud en el medio laboral.

4. Relación Administración Sanitaria/Servicios de Prevención (propios y ajenos)

Análisis: Por un lado, la autoridad sanitaria tiene la competencia de informar a la autoridad laboral de cada comunidad autónoma sobre las condiciones sanitarias de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) para su acreditación. Dicho informe es preceptivo y vinculante. Para la elaboración del mismo se analiza el proyecto que presentan los futuros SPA, se observa que cumplan con la normativa vigente y que reúnan los criterios publicados el RD 843/2011. Estos criterios definen sobre todo los recursos humanos y materiales, y perfilan algunos criterios de calidad, quedando dispuesto que este aspecto será desarrollado posteriormente en guías específicas elaboradas al efecto. Asimismo, en dicho RD queda también especificada la función de seguimiento de la calidad de los SSPP.

Por otro lado los SSPP, propios y ajenos, son los principales instrumentos que reconoce la ley para la prevención de riesgos laborales y la vigilancia de la salud en el medio laboral. Por ello, es necesario fomentar la coordinación entre los SSPP y las diferentes administraciones sanitarias autonómicas para facilitar la formación, la información y la cooperación. El personal técnico y sanitario de estos servicios suele adolecer de la misma falta de capacitación para la aplicación de la perspectiva de género que el de otras especialidades, y está afectado por los mismos estereotipos ya mencionados. Es preciso, en la búsqueda de la excelencia en calidad, que los SSPP sean capaces de aplicar la perspectiva de género en sus acciones de identificación y eliminación o reducción de riesgos, de prevención y de promoción de la salud.

Propuestas:

1. Facilitar desde la administración sanitaria información sobre documentos y guías prácticas para una buena praxis, elaboradas por diferentes instancias nacionales e internacionales (comunidades autónomas, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, u otros organismos de Naciones Unidas o del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos).
2. Incluir, en el protocolo interno para seguimiento y aprobación de las condiciones sanitarias, epígrafes que ayuden a conocer si el SP tiene o pretende incorporar competencia o indicadores de género en sus acciones de identificación, de eliminación o reducción de riesgos en las empresas, y en sus actividades formativas y de vigilancia de la salud.

Una sugerencia sería analizar cada proyecto y comprobar que existe una línea semejante a la propuesta por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, con preguntas tales como: ¿El SPA propone identificar los riesgos por cada puesto y por cada persona?; ¿El SPA propone la búsqueda de información entrevistando a trabajadores y a trabajadoras?; ¿El SPA manifiesta conocer las diferencias en la exposición a riesgos y en las lesiones que éstos producen en hombres y mujeres?; ¿El SPA es sensible a la necesidad de participación de hombres y mujeres en las actividades preventivas?; ¿El SPA tiene presente la importancia de la identificación y prevención de factores que contribuyan al abuso sexual y psicológico en las empresas?...

3. Incluir los mismos aspectos en la información que se solicita a los SSPP para realizar el seguimiento de su actividad.
4. Facilitar, desde las AAPP, la asistencia técnica a los SSPP que precisen apoyo para la incorporación de la perspectiva de género, al igual que vienen haciendo con otros aspectos relacionados con la salud en el trabajo.
5. Las instancias públicas deberán contar con personal formado específicamente en el tema y, en general, asegurarse de que los equipos desarrollen su función con sensibilidad de género. Para ello, es importante facilitar la formación continuada del personal de los ámbitos público y privado de la salud laboral.

Impacto: Los SPA –y en concreto los técnicos que elaboran el proyecto para su aprobación–, serán conocedores de la importancia que desde las administraciones públicas (AAPP), en cumplimiento de la normativa vigente, se da a la equidad en todos los ámbitos, entre ellos en la prevención de riesgos laborales, y muy específicamente en la salud laboral. Asumiendo la necesidad de expresar específicamente estos aspectos, la perspectiva de género se irá incorporando en la dinámica de planificación y proyección de trabajo de estas empresas.

Además los profesionales de los SSPP dispondrán de nuevas herramientas y conocimientos que les permitirán realizar mejor sus funciones y alcanzar, con las medidas propuestas, una mejor prevención y promoción de la salud en el medio laboral. La Administración sanitaria será coherente con la normativa vigente y promoverá la equidad de hombres y mujeres en el medio laboral.

5. Participación en la elaboración de legislación relativa a la prevención de riesgos laborales y de la promoción de la salud laboral y otras recomendaciones

Análisis: Los servicios y departamentos de salud laboral de las administraciones autonómicas y central participan en la elaboración de normativas referentes a la prevención de riesgos laborales y a la salud laboral. Asimismo, los SSPP (mediante sus asociaciones, o las de sus especialistas en Medicina del Trabajo), suelen participar en la presentación de alegaciones proponiendo mejoras o cambios a los proyectos de dichas normativas. En la elaboración de éstas no se visualiza un análisis del impacto de género tras su aplicación (sólo existe obligatoriedad para las promulgadas a nivel estatal –Ley 30/2003–), y no suelen encontrarse recomendaciones u obligaciones específicas de cara a fomentar la equidad entre hombres y mujeres en este ámbito. Siendo la laboral-preventiva una normativa de gran repercusión en la vida de unas y otros, sigue siendo reflejo de la aceptación de los estereotipos que hablan de la bonanza de la universalidad de los datos frente a la *veracidad+adecuación* de la información desagregada por grupos.

Por otro lado, se sigue considerando como actividad no económica aquella que se realiza en el ámbito doméstico y que no es remunerada (a pesar de contribuir efectivamente en la economía familiar y nacional, y ser calculable)³², y sin embargo se considera prioritariamente ser estudiante o recibir alguna pensión.

Los estereotipos que naturalizan la división de roles en todos los aspectos de la vida de las personas, tienen gran repercusión no sólo en el ámbito del reconocimiento del aporte económico directo que produce su trabajo, sino también, y por lo mismo, en el reconocimiento de las condiciones y riesgos a los que se exponen al realizarlo.

Propuestas:

1. Tener como base, en la elaboración y propuestas de las nuevas normativas, la información resultante de los nuevos sistemas de información y su análisis con perspectiva de género.
2. Analizar sistemáticamente ex ante el impacto de género que tendrá dicha normativa, realizando su valoración de los grados de impacto (se pueden aplicar, como ejemplo de buena práctica, los propuestos en por el Instituto de la Mujer –elaborados por la Fundación Mujeres–), y proponer mejoras y recomendaciones si corresponde.
3. Ser conscientes del vacío que existe en la protección y prevención de riesgos en las y los trabajadores del ámbito familiar –no reconocido como medio laboral–, e incluirlos específicamente en aquellos aspectos que pudieren mejorar su situación.

Impacto: Cada nuevo ordenamiento estará enriquecido y mejorado sobre el borrador inicial, se publicará conociendo la repercusión que tendrá sobre hombres y mujeres, y, en fin, propiciará un marco normativo que promueva la equidad de los y las trabajadoras en el acceso a la prevención de riesgos laborales y en fin a la salud laboral.

Se contribuiría a reducir los riesgos y proteger a las personas que desarrollan sus funciones en el ámbito tradicionalmente reconocido como femenino: el familiar (atención a tareas del hogar, cuidado de familiares dependientes, etc.).

6. Participación en la evaluación de riesgos, diseño preventivo de puestos de trabajo

Análisis: como ya se ha comentado, la exposición y los efectos de los riesgos en el trabajo suelen ser diferentes en hombres y mujeres. Las condiciones laborales también pueden constituirse en una fuente de riesgo. Por otro lado, la presencia de mujeres en los órganos de representación en las empresas es minoritaria en muchos casos, a pesar de la amplia participación en el trabajo. Esto hace que las necesidades y objetivos de las

mujeres en el medio laboral no suelen ser objeto de atención en la planificación de acciones de mejora en las empresas. Son las trabajadoras las grandes perjudicadas de las inequidades presentes en el medio laboral. Los servicios de salud laboral deben participar también en la coordinación interdisciplinaria, en la que el personal médico especializado aportará sus conocimientos específicos sobre las consecuencias de la exposición a riesgos, prevención, etc, de la plantilla evaluada.

Continúa siendo habitual el aceptar los estereotipos sobre la menor exposición a riesgos de las trabajadoras (por ser trabajos generalmente menos expuestos a riesgos de muerte o accidente muy grave, a pesar de que pueden mermar mucho el estado de salud de las mismas), sobre que la prevención de riesgos laborales debe priorizar lo más llamativo (esto va en contra de los derechos de cada persona) y que lo neutral es no buscar la diferencia por sexos, ya que todos somos iguales (el objeto de la prevención no es el ser "neutral", sino reducir los riesgos a los que están expuestos los trabajadores). Hoy se sigue pensando que el ámbito doméstico es el más seguro, y sin embargo la mayor parte de accidentes y agresiones que sufren las mujeres se dan en él; su trabajo se sigue reconociendo como natural, razón por la que apenas se acepta que las empleadas domésticas y las cuidadoras (remuneradas o no) están expuestas a riesgos derivados de su trabajo.

Propuestas:

En la identificación, evaluación y eliminación/reducción de riesgos:

1. Acudir a fuentes de información sobre prevención que faciliten datos desagregados por sexo y, si es posible, que introduzcan variables sensibles a aspectos de género.
2. Poner especial atención en las actividades feminizadas (suelen ser consideradas "tareas ligeras").
3. Considerar especialmente los aspectos ergonómicos, el riesgo químico y la organización del trabajo, pues los riesgos relacionados con estos aspectos afectan de manera especial a las mujeres y son aspectos generalmente poco valorados, dada la escasa visibilización de sus efectos.
4. Incorporar medidas preventivas específicas que contemplen la opinión de las mujeres sobre las mismas (idoneidad, comodidad, garantía de uso..)
5. Considerar sistemáticamente a la plantilla a tiempo parcial, temporal o de ETT y a aquellas personas que estén de baja médica en el momento de la evaluación.
6. Garantizar la participación de trabajadores y trabajadoras como fuentes de información en todo el proceso preventivo.
7. Analizar también la presencia de mujeres y hombres en los órganos de representación, en la estructura jerárquica de la empresa, y en los puestos específicos para una misma ocupación (con el fin de visualizar la participación, y la segregación de género vertical y horizontal).
8. Consultar las guías y documentos publicados al efecto por distintas entidades de calidad reconocida, que incorporan el enfoque de género en esta actividad ^{11, 33, 34, 35}.
9. En todo caso, no olvidar que no debe confundirse enfoque de género con la prevención y vigilancia de las trabajadoras embarazadas, en periodo de lactancia o sobre aspectos reproductivos, sin perjuicio de la atención que se debe prestar a estas trabajadoras y al ejercicio de sus derechos laborales y de protección de la salud.

Impacto: La identificación, evaluación, y eliminación o minimización de los riesgos estará más ajustada a la realidad diaria que viven los y las trabajadoras, y por lo tanto será de mayor calidad. La salud en el medio laboral estará más garantizada.

7. Vigilancia de la salud. Participación en la elaboración de protocolos para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as

Análisis: La vigilancia de la salud a menudo se realiza de manera indiscriminada en mujeres y hombres, dado que la evaluación de riesgos no suele llevar incorporado el enfoque de género. Por otro lado, los protocolos para reconocimiento específicos, hoy por hoy, ponen su acento en una masa laboral predominantemente masculina. Muchos modelos gráficos responden al prototipo de cuerpo masculino, y plantean una clínica indiferenciada que no siempre es así. Es probable que haya síntomas que no se den igual en hombres y mujeres; este hecho se podrá comprobar con la introducción de la perspectiva de género en los sistemas de información.

El estereotipo de que el lenguaje y los símbolos masculinos abarcan también lo femenino está muy arraigado, y a pesar de que se cree que no tiene repercusiones sobre el ejercicio científico de la medicina, crea una dinámica mental que masculiniza las patologías.

Propuestas:

1. Al realizar la vigilancia de la salud individual, se tendrá en cuenta muy especialmente aspectos de género no siempre reflejados en la identificación de puesto y de riesgos que los servicios técnicos preventivos puedan hacer llegar al servicio médico (por ejemplo, en una cadena de montaje, el puesto concreto que ocupa el o la trabajadora).
2. En las nuevas ediciones de los protocolos existentes, así como en los nuevos protocolos que se publiquen –tanto desde las AAPP como desde el ámbito privado–, adjuntar gráficos de figuras de mujeres junto a las existentes de hombres, salvo que se pueda aplicar otra alternativa.
3. Buscar sistemáticamente en la literatura médica (incluida especialmente aquella con enfoque de género) si existen diferencias en los cuadros clínicos de hombres y mujeres para reflejarlos adecuadamente en los protocolos.

Impacto: La salud de cada trabajador(a) será seguido específicamente según su exposición real a riesgos y su susceptibilidad. Además, la calidad de la aplicación de los protocolos mejorará sustancialmente en la medida en que podrán reflejar mejor el estado de salud de las personas expuestas a determinados riesgos.

8. Para todas las actividades. El uso del lenguaje

Análisis: Como en casi todos los medios, el uso del lenguaje sexista y androcéntrico está extendido también en el campo de la medicina, y el mundo de la salud laboral no queda exento.

Están sólidamente arraigados los estereotipos que mantienen que lo “neutral” (quiere ser entendido como científicamente correcto) es no buscar la diferencia por sexos, obviando que lo que se propone y mantiene como modelo es únicamente lo masculino, como si lo femenino fuese una variable de ello, y no como si ambos fuesen dos posibilidades de igual peso para el ser humano. Y, como causa y consecuencia de esto, se sostiene que “el lenguaje en masculino abarca también lo femenino, y eso no tiene por qué tener repercusiones más allá de la forma”; sin embargo no puede obviarse el hecho de que el lenguaje es reflejo del imaginario, y a su vez ayuda a consolidarlo y perpetuarlo, creando un círculo vicioso: *“El lenguaje no es una creación arbitraria de la mente humana, sino un producto social e histórico que influye en nuestra percepción de la realidad. Al transmitir socialmente al ser humano las experiencias acumuladas de generaciones anteriores, el lenguaje condiciona nuestro pensamiento y determina nuestra visión del mundo”*. (UNESCO, 1991: Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje).

Propuestas:

Emplear lenguaje no sexista en cada documento elaborado desde los servicios de salud laboral, buscando visibilizar la participación de las mujeres en el mundo del trabajo, y evitando generar y reproducir en la conciencia colectiva e individual de los y las profesionales los estereotipos mencionados. Para un buen uso del lenguaje no es preciso repetir continuamente “trabajadores y trabajadoras”, ni poner barras (/) si se trata de un texto a leer en alto. Existen fórmulas igualmente correctas desde el punto de vista gramatical, como la especificación en el artículo y no en el nombre (pe: *las y los profesionales*), o el uso de palabras que incluyen a ambos sexos: la población trabajadora, el personal, la plantilla....

No se trata de ser repetitivo sin motivo, se trata de desarrollar un trabajo profesional en el que los grupos objeto del mismo estén claramente contemplados porque, no olvidemos: lo que no se nombra, lo que no se muestra, no se ve y, por lo tanto, no se reconoce y acaba –en la mayoría de los casos– por olvidarse, por no existir. Existen algunas guías de orientación y libros elaborados por especialistas de prestigio para un mejor uso del lenguaje no sexista (siguiendo, por supuesto las normas de desarrollo de nuestra propia lengua), que recomendamos consultar³⁶⁻³⁹.

Impacto: Se mejorará el uso del idioma, siendo éste más exacto e idóneo, dado que el castellano es una lengua rica, viva y cambiante, y con posibilidades de adecuarse al desarrollo de la sociedad y a los cambios históricos de roles de hombres y mujeres; ésta es la esencia de cualquier lengua viva: el ser capaz de transformarse de forma reglada al compás de la sociedad en la que vive.

Profesionales, actores sociales y público en general con acceso a cualquiera de los documentos emitidos desde estos servicios, tendrán acceso a una información más real y completa –es decir, de mayor calidad–, y gradualmente se irán apartando los estereotipos que dificultan la visibilidad de la realidad y del análisis de la misma.

9. Identificación de indicadores de la aplicación del enfoque de género en los servicios, para su seguimiento y evaluación

Análisis: En la actualidad, salvo en las instancias que llevan más años trabajando en la incorporación del enfoque de género, es anecdótico contar con indicadores reales y aplicables que permitan saber si dicho enfoque se está aplicando y en qué medida, y cómo repercute su uso en los resultados de las acciones emprendidas.

Propuesta: Tanto desde las administraciones como desde el ámbito de los SSPP, se deberían identificar indicadores que permitan hacer el seguimiento y evaluar si se está introduciendo el enfoque de género en su actuar, y en qué medida se está haciendo.

La elaboración de indicadores específicos es imprescindible: son necesarios para conocer el avance en la aplicación, constituyen una importante herramienta de alarma para detectar dificultades (externas o de los propios servicios), y permiten evaluar el impacto de la incorporación de la perspectiva de género en la calidad de las actuaciones de instancias públicas y de los SSPP. Se trata, pues, de definir indicadores de proceso, indicadores de resultados, e indicadores de impacto. Unos permitirán medir si lo propuesto se está llevando a cabo, y en qué medida, otros permitirán conocer si se tienen los resultados esperados, y el tercer grupo servirán para medir el impacto de género de las acciones emprendidas. Algunos de ellos tendrán carácter afirmativo/negativo, y otros hablarán de porcentajes de aplicación...

A continuación se hacen algunas propuestas genéricas. Son indicadores generales, que cada profesional puede adaptar a su situación concreta. Cada uno de ellos deberá definirse según el objetivo de género que se haya planteado. Algunos se muestran en la [tabla 4](#).

Tabla 4. Algunas sugerencias para la construcción de indicadores de la introducción de la perspectiva de género en las actividades de los servicios de prevención

Cuestiones para la construcción de Indicadores de proceso	Medida
¿Se ha tomado en cuenta aspectos de género en la evaluación de los puestos?	(Sí/No) (%)
¿Se ha evaluado en cada empresa la presencia de mujeres en los órganos de participación?	(Sí/No) (%)
¿Se ha evaluado en cada empresa la presencia de mujeres en los distintos puestos según responsabilidades?	(Sí/No) (%)
¿Se han valorado si existen tareas diferenciadas para mismos puestos?	(Sí/No) (%)
¿Se han valorado los EPI existentes para hombres y mujeres, y su adecuación a su físico?	(Sí/No) (%)
¿Se han propuesto medidas correctoras y/o preventivas según los riesgos evaluados para unos y otras?	(Sí/No) (%)
¿Se ha tenido en cuenta la perspectiva de género en la planificación de la formación (contenidos, horarios, etc.)	(Sí/No) (%)
¿Se ha tenido en cuenta la perspectiva de género en la planificación de la información (contenidos, material, horarios, etc.)	(Sí/No) (%)
¿Se ha analizado la organización del trabajo con perspectiva de género? –capacidad de decisión, dependencia de compañeros, etc.	(Sí/No) (%)
Cuestiones para la construcción de indicadores de resultados	Medida
¿Se conocen, en el SP, los daños derivados de exposición a los riesgos, de forma diferenciada?	(Sí/No) (%)
¿Se aplica en los reconocimientos médicos?	(Sí/No) (%)
¿Se ha formado con perspectiva de género en las empresas?	(Sí/No) (%)
¿Se ha informado con perspectiva de género en las empresas?	(Sí/No) (%)
¿Los materiales informativos y de difusión, han sido elaborados con un lenguaje no sexista?	(Sí/No) (%)
¿Los materiales informativos y de difusión, cuentan con dibujos y esquemas no sexistas?	(Sí/No) (%)
¿Los y las trabajadores son conocedores de los riesgos específicos a que están expuestos por ser hombre o mujer?	(Sí/No) (%)
¿Se han tomado medidas preventivas adecuadas a cada trabajador/a teniendo en cuenta los condicionantes de género?	(Sí/No) (%)
¿El SP ha propuesto alguna actividad para mejorar algún aspecto que las trabajadoras entienden como de riesgo?	(Sí/No) (%)
Cuestiones para la construcción de indicadores de impacto	Medida
¿Se conocen los daños derivados de exposición a los riesgos, de forma diferenciada?	(Sí/No) (%)
¿Se han visto reducidos los AT de hombres y de mujeres?	(Sí/No) (%)
¿Se han visto reducidas las enfermedades relacionadas con trabajo de hombres y de mujeres?	(Sí/No) (%)
¿Hombres y mujeres participan activamente en la toma de medidas para su propia prevención?	(Sí/No) (%)
¿Ha aumentado la presencia de mujeres en los órganos de participación?	(Sí/No) (%)
... Y otros....	(Sí/No) (%)

Fuente: EUROFOUND. *Gender, jobs and working conditions in the European Union.*

Se incorporarán también otras cuestiones de carácter cualitativo, cuya respuesta sea más explicativa para entender mejor el alcance del cumplimiento o no de determinados indicadores (preguntas tales como ¿cómo? ¿cuáles? ¿con qué?, etc, pueden volcar una información importante para conocer cómo se está llevando las acciones).

Impacto: Se podrá valorar objetivamente el grado de incorporación de la perspectiva de género en las actividades de los servicios relacionados con la salud laboral (facilitando el seguimiento y la evaluación posterior), así como el impacto de género de cada una de las acciones y de la actividad global del servicio de prevención. Esto ayudará a detectar defectos o dificultades, lo que a su vez permitirá introducir correcciones y adecuarse a circunstancias o hechos no previstos con anterioridad mejorando, en fin, el resultado global de la actividad preventiva.

CONCLUSIONES

El mercado laboral en España, en Europa, y en el mundo en general, está sufriendo cambios importantes relacionados con tendencias de fondo, y con la crisis financiera mundial (con diferente afectación en unos países y otros). Actualmente, junto con un envejecimiento de la población activa, se observa un incremento sostenido de la participación femenina, que incide sobre todo en el aumento del porcentaje de contratos temporales y a tiempo parcial.

El tipo de contrato, las condiciones específicas de los puestos y otros factores relacionados con el sexo y con los roles de género, promueven y consolidan desigualdades e inequidades en la exposición a riesgos en el trabajo, en la prevención, y por tanto también en la salud de los y las trabajadoras. Esto contraviene toda la normativa nacional e internacional que reconoce, como derecho básico la igualdad de las personas independientemente de su sexo, raza, religión...

Es obligación de las AAPP velar para que todos y todas las ciudadanas puedan disfrutar del ejercicio de sus derechos. En concreto en el ámbito de la salud laboral, es responsabilidad de las instancias competentes la lucha contra las inequidades, aplicando el enfoque de género en sus actividades cotidianas, y poniendo en marcha acciones específicas que impulsen y favorezcan la eliminación de cualquier forma de discriminación en el ejercicio de los derechos laborales de hombres y mujeres (incluido, por supuesto, el de trabajar en un medio saludable).

Es responsabilidad de las empresas garantizar la seguridad y la salud de los y las trabajadoras. Es criterio de calidad en el quehacer de AAPP y de los propios SSPP, el cumplir con la normativa y proteger los derechos de cada trabajador (independientemente del sector de ocupación o actividad, de su sexo, edad, nacionalidad u otros). El no cumplir este criterio de calidad, además de incidir negativamente sobre los derechos esenciales de las personas, reduce la eficacia y eficiencia de cualquier acción emprendida, dado que entonces los recursos son empleados principalmente para atender las necesidades de un grupo beneficiado, en detrimento de otro.

Aunque queda un largo camino por recorrer, se han dado ya los primeros pasos. La oportunidad de mejorar la calidad de las actuaciones de los servicios responsables de la salud laboral en las AAPP y en los servicios a cargo de la prevención de los riesgos laborales de las empresas, está ahora en el amplio marco normativo en el que nos encontramos, en la toma creciente de conciencia por parte del personal de dichos servicios, en la mejora progresiva de la información disponible, y en las voluntades políticas de quienes deciden impulsar y facilitar estos cambios.

Este documento pretende únicamente ser un ejercicio de reflexión que proporcione instrumentos para la aplicación del enfoque de género en estos servicios, o en todo caso que invite a otros profesionales de instancias homólogas a realizar su propio análisis, que –sin duda– contribuirá al enriquecimiento y a la mejora de la calidad en el ejercicio de las funciones que, desde las administraciones y desde las empresas, se llevan a cabo en el ámbito de la prevención y de la salud laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. Alicante: Universidad de Alicante; 2007. 145 p.
2. Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 1):118-25.
3. Rohlfs I, García MM, Gavalda L et als. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 2):55-64.
4. Aldasoro E, Calvo M, Esnaola S and others; Grupo IBERICA País Vasco (Spain). Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clin (Barc).* 2007;128(3):81-5.

5. Calvo Embuena, González Monte C, Latour Perez J and others. Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después. *Med Intensiva*. 2008;32(7):329-36.
6. Chieffo a, Hoye A, Mauri F and others. Cuestiones relativas al sexo en cardiología intervencionista: declaración de consenso de la iniciativa Women Innovations (WIN). *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(2):200-8.
7. International Labour Office; International Institute for labour Studies. World of work report: from one crisis to the next?. Geneva: ILO; 2010. 124p.
8. International Labour Office. Global employment trends 2011: the Challenger of a Jobs recovery. Geneva: ILO; 2011. 99p.
9. European foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time- first findings from the fifth European working conditions Survey: resúme. Luxemburgo: EUROFOUND; 2010.
10. European Commission, Directorate General for employment, social affairs and equal opportunities, Employment analysis unit (Europe). Employment in Europe 2010. Brussels: Publications Office of the European Union; 2010.197 p.
11. Kaisa Kauppinen, Riitta Kumpulainen, Irene Houtman , Sara Kopsey anf others. *Gender Issues in safety and health at work*. Office for official publications of the European Communities: Luxemburgo, 2003. 222 p. Prepared for the European Agency for Safety and Health at work.
12. Sandor E. European Company Survey 2009. Part-time work in Europe. Luxemburgo: Publications Office for the European Union; 2011. 59 p. Prepared for the European Foundation for the improvement of living and working conditions.
13. Almodobar Molina A, coordinator (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) and others. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2003). Madrid: INSHT (SP); 2004. 86 p.
14. Almodobar Molina A, Pinilla Garcia FJ, coordinators (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) and others. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (SP). Madrid: INSHT; 2007. 165 p.
15. Martínez Vidal M, Álvarez Castillo MC, González Gómez MF, Sagües Cifuentes MJ (Servicio de Salud Laboral. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid). Cuadernos de Salud Laboral 2009. Madrid: Comunidad de Madrid (SP); 2010. Chapter 2, Análisis de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en la Comunidad de Madrid; p. 153-35.
16. Zimmermann Verdejo M. Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad. La Mutua nº 14 – Segunda Época- Año 2006. Madrid: Ed. Fraternidad Muprespa; 2006. p.91-103.
17. Zimmermann Verdejo M. Mujer y Trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de metodología de encuesta. Madrid: INSHT (SP); 2009. 40p.
18. De Vicente Abad MA, Zimmermann Verdejo M, De la Orden Rivera MV, Díaz Aramburu CI. Acercamiento a la siniestralidad laboral desde una perspectiva de género. Madrid: INSHT, MTAS (SP); Jan 2010.48 p.
19. Lars Gerhardsson MD, Alex Ahlmark MD. Silicosis in women. Experience from the swedish pneumoconiosis register. *Journal of occupational medicine*.1985 May;27(5):347-50.
20. Cortazar López M, Kareaga Uriarte G and others. Evaluación del riesgo músculo-esquelético en el colectivo de auxiliares de educación especial de la enseñanza pública de Bikaia. Bilbao: Delegación de Educación de Bizkaia del Gobierno Vasco(SP); 2002. 45p.
21. Gómez López F, Ruiz Figueroa MJ and others. Análisis epidemiológico de los problemas de voz que presenta el profesorado no universitario de la provincia de Sevilla 2000. Ponencia. En: XII Congreso Nacional de Seguridad Laboral en la Administración Pública. Zaragoza: SESLAP;2001.
22. Bowler RM, Mergler D, Rauch SS, Bowler RP. Stability of psychologicial impairment: two year follow-up of former Microelectronics workers´ affective and personality disturbance. *Women and Health*. 1992;18(3):27-48.
23. Zimmermann Verdejo M, González Gómez MF, Galán Labaca I. Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84(3): 293-308.
24. Gita S, Asha G u Östin P. Engendering health equity: a review of research and policy. Harvard: Harvard center for population and development Studies;OPS; 2002-2005.
25. United Nations, Departament of Economic and social Affairs. The world´s women 2010. Trends and statistic. New York: United Nations; 2010. 255 p.
26. Valentina Foriasteri. *Women workers and gender issues on occupational safety and health*. Geneva:International Labour Office; 2004.15 p.

27. Valls Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura 2003;27.
28. Gálvez Muñoz L, Torres López J. La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. En: Feminismo ante la crisis. XIX Taller de política feminista. Madrid, Granada, Valladolid. Abril-Mayo 2009). Madrid: Forum de política feminista;2009. p. 15-30.
29. Delgado Gody F, García Comas C, Sotelo Avila M (Fundación Mujeres). Guía de aplicación práctica para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno, de acuerdo a la ley 30/2003. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005. 97 p.
30. García Calvente MM (Editor), Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. 171 p. Serie Monografías EASP, 48.
31. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica de enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo (SP);2008. 60 p.
32. Carrasco C, Mayordomo M, Dominguez M, Alabart A. Trabajo con mirada de mujer. Madrid: Consejo Económico y Social; 2004.
33. González Malmierca E, Neyra Suárez I, Seguí González G. Guía para la prevención de riesgos laborales con enfoque de género. IBERMUTUAMUR; (date unknown).
34. Elarre Belzunegui, A. Mujeres y salud laboral. Prevención de riesgos laborales con enfoque de género. Propuestas de intervención. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral, Gobierno de Navarra (SP); 2011. 4 p. Ficha técnica de prevención nº 35.
35. European Agency for safety and health at work. Including gender issues in risk assessment. FACTS nº 43. Belgium: European Agency for safety and health at work; 2003.
36. Lledo Cunill E. Las profesiones de la A a la Z. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 92p. Serie Lenguaje, no4.
37. Careaga P. El libro del buen hablar. Madrid: Fundación Mujeres; 2002. 257p.
38. Méndez Miras A, Sasiain Villanueva I and others. Nombra.en.red. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 64 p. Serie Lenguaje, no3.
39. Gari Pérez A. Hablamos de Salud. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 49 p. Serie Lenguaje, no 5.