



**CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA
III CURSOS DE VERANO DE SANTANDER**

Curso SA.1.3

MUJERES, TRABAJOS Y SALUD

Santander, del 1 al 5 de Julio de 2002

DIRECCIÓN

NEUS MORENO

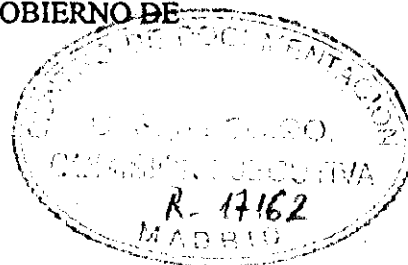
Secretaria Salud Laboral CC.OO. de Cataluña.

CELIA NESPRAL GAZTELUMENDI

Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

COLABORAN

**AYUNTAMIENTO DE SANTANDER
COMISIONES OBRERAS DE CANTABRIA
DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO DEL GOBIERNO DE
CANTABRIA**



CURSO: MUJERES, TRABAJOS Y SALUD

PROGRAMA

Lunes, 1 de Julio

- 09:30 . Recepción de participantes.
- 10:00 . Presentación y conferencia inaugural del curso. RITA MORENO
- 11:00 . Características de los trabajos de las mujeres (I). CRISTINA CARRASCO
- 12:00 . Descanso.
- 12:30 Características de los trabajos de las mujeres (II). CRISTINA CARRASCO
- 16:00 Identificación y evaluación de riesgos. NEUS MORENO

Martes, 2 de Julio

- 09:15. Presentación de las sesiones del día.
- 09:30. Doble presencia y salud. LUCIA ARTAZCOZ LAZCANO
- 10:30. Indicadores de salud de las mujeres. ROSARIO QUINTANA PANTALEON
- 11:30. Descanso.
- 12:00. Desigualdades de genero en la asistencia sanitaria. CARMEN VALLS
- 13:15. Riesgos psicosociales y organización del trabajo I. CLARA LLORENS

Miércoles, 3 de Julio

- 09:15 . Presentación de las sesiones del día.
- 09:30. Reproducción y salud. JESUS FERNANDEZ PUEYES.
- 10:45. Descanso.
- 11:15. Exposición a sustancias químicas. ESTEFANIA BLOUNT MARTIN
- 12:45. Riesgos psicosociales y organización del trabajo II. CLARA LLORENS

Jueves, 4 de Julio

- 09:15. Presentación de las sesiones del día.
- 09:30. Experiencia de intervención: sector de las conserveras en Cantabria. MARINA SARABIA ALEGRIA
- 10:45. Descanso.
- 11:15. Ergonomia. MARCOS CUADRADO
- 12:30. Salud laboral. Diferencia de género. MARIA ANTONIA MARTÍNEZ
- 13:15. Riesgos específicos en profesiones sanitarias. CELIA NESPRAL GAZTELUMENDI

Viernes, 5 de Julio

- 09:15. Presentación de las sesiones del día.
- 09:30. Las políticas de prevención europeas: protección y/o prevención. LAURENT VOGEL
- 10:30. Las políticas preventivas impulsadas por la administración laboral. Ma DOLORES SOLE
- 11:30. Descanso.
- 12:00. Las políticas de los organismos públicos de defensa de los derechos de las mujeres. PILAR DAVILA
- 13:00 . Conclusiones. JOAQUIN NIETO SAINZ
- 13:30. Clausura y entrega de diplomas.

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

III CURSOS DE VERANO DE SANTANDER

MUJERES, TRABAJOS Y SALUD

Santander, del 1 al 5 de julio de 2002

Mujeres, trabajos y salud: Una visión de género

***Rita Moreno Preciado
Secretaria confederal de la Mujer
Comisiones Obreras***

- 1. Introducción**
- 2. Una visión global del trabajo**
- 3. La prevención y la atención en el ámbito laboral**
- 4. La participación de las mujeres en la toma de decisiones**

1. INTRODUCCIÓN

Para las mujeres que tenemos la responsabilidad en Comisiones Obreras de impulsar las políticas de género y su integración en el conjunto de las actividades que desarrolla nuestra organización, participar en este Curso, es una oportunidad única de aprehender conocimientos y experiencias de personas muy cualificadas, como las que participarán estos días, y que, sin duda, nos permitirán posteriormente acometer nuevas iniciativas y propuestas que desarrollar en nuestro concreto ámbito de actuación.

Es evidente que aún hoy se mantiene un enorme retraso en incluir la perspectiva de género en todo tipo de disciplinas y de prácticas que tratan sobre la salud de la ciudadanía, incluida la salud laboral de las personas trabajadoras. No obstante, en las últimas décadas se han generado nuevos conocimientos, nuevos instrumentos, nuevas políticas, que nos debieran permitir atender más adecuadamente las necesidades sanitarias del conjunto de la población y especialmente, atender las crecientes demandas de una atención que tenga en cuenta las desigualdades de género y sus repercusiones en la salud de las mujeres. Y esto es también evidente en el ámbito concreto de los riesgos inherentes a todas aquellas actividades que significan “trabajo”.

2. UNA VISIÓN GLOBAL DEL TRABAJO

Entendemos por trabajo el conjunto de las actividades humanas que satisfacen necesidades de toda índole, que pueden ser retribuidas o no serias, que se realizan bajo diferentes contextos sociales, ya sea como un trabajo asalariado, autónomo, empresarial, voluntario o doméstico.

La incidencia de la tradicional división sexual del trabajo, ha tenido y sigue teniendo, consecuencias gravemente lesivas para la mitad de la población humana, las mujeres, y también, aunque esta sea una perspectiva menos reconocida, un lastre para el avance del progreso de las sociedades modernas y democráticas.

Una división sexual que mantiene –de forma persistente- la exclusividad del trabajo “reproductivo” y “no retribuido” en las mujeres, mientras que incorpora cada vez más a éstas a la esfera del trabajo “productivo” y “retribuido” en cualquiera de sus modalidades. Como seguramente precisarán otras ponentes, la incorporación de los hombres a las tareas de cuidados familiares tiene aún hoy una bajísima incidencia general, y la plena asunción de responsabilidades en este terreno es poco más que una anécdota singular.

La proyección y consecuencias de la división sexual del trabajo alcanza el punto de invisibilizar todo el trabajo “reproductivo”, sin el cual ninguna sociedad subsistiría, negándoles en la práctica el reconocimiento como tal “trabajo”, no sólo a efectos de carecer de contraprestación económica por el mismo, sino lo que puede llegar a ser tanto o más dañino, negándoles el reconocimiento de su valor social y económico.

Y el lenguaje de la sociedad es a este respecto parte coadyuvante de ese proceso de ocultación y desvalorización. Así, comúnmente, se suele hablar del “mundo del trabajo”, de “los trabajadores y trabajadoras”, del genérico “trabajo”, en referencia al “mundo laboral”, a “la población laboral”, a la “actividad laboral”, es decir al mundo de las empresas, de uno u otro sector de actividad, o de la actividad laboral autónoma, al mundo de la actividad laboral regulada, registrada, emergida, a veces, también a la llamada economía sumergida entendida ésta como un ámbito en donde se produce un intercambio de prestación de trabajo por contraprestación económica aunque sea en condiciones de ilegalidad y de sobreexplotación.

Es desde tiempos relativamente recientes, y desde la demanda del movimiento feminista y otros sectores, entre los que nos incluimos Comisiones Obreras, que precisamos y reivindicamos el alcance global del concepto “trabajo”, precisamos y reivindicamos la necesidad de nombrar, evaluar, y valorar el trabajo “reproductivo”, y analizar su incidencia y consecuencias cuando se compagina con la realización de actividades “productivas” en el mercado laboral.

El ámbito de la salud, en su relación con el trabajo, no escapa a las consecuencias y efectos de esta división sexual del trabajo, y por ello, es especialmente necesario, tener muy en cuenta la perspectiva de género para conseguir responder satisfactoriamente a las necesidades de prevención, protección y atención de la salud de las mujeres.

3. LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

En el ámbito laboral, lo que caracteriza y distingue al trabajo asalariado de otras formas de trabajo retribuido, son las relaciones jerárquicas que en él se establecen entre quienes realizan la actividad y quienes la retribuyen, relación en el marco de la cual se producen numerosos conflictos sociales producto de la confrontación de intereses contrapuestos. Esta confrontación histórica es la que da lugar a la legislación que regula las relaciones laborales, tanto a través de normas específicas, como incluyendo referencias expresas en legislaciones generales. La legislación específica viene regulada para ámbitos mundiales por la Organización Internacional del Trabajo, para ámbitos europeos, por las instituciones de la Unión Europea, y para el ámbito del estado español, por el Parlamento de la nación, si bien, en nuestro país como en muchos otros, juega también un papel significativo en la regulación de las relaciones laborales la interlocución entre las organizaciones patronales y sindicales, y entre las direcciones de las empresas y la representación legal de los trabajadores y trabajadoras.

En el conjunto de las materias reguladas a través de normas legales, la protección de las trabajadoras asalariadas ante determinadas contingencias ha sido abordada, a lo largo del pasado siglo XX, a través de un conjunto de convenios de la OIT, de directivas de la Unión Europea, de artículos del Estatuto de los Trabajadores y de algunas leyes nacionales específicas, como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales o la Ley para la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. El conjunto de derechos y medidas protectoras frente a actos arbitrarios y frente a riesgos laborales, podrían ser calificadas de suficientes aunque también manifiestamente mejorables, toda vez que muchas de estas normas fueron establecidas hace ya muchos años, en algunos casos, varias décadas, y no pueden cubrir adecuadamente las necesidades de las trabajadoras en un mercado laboral muy transformado en este periodo transcurrido, que también ha visto grandes cambios sociales.

Además, esta necesidad de adecuación y actualización de buena parte de las normas legales, viene también obligada por la persistente “resistencia”, sobre todo empresarial, pero que alcanza a todo tipo de instituciones, organizaciones y personas individuales, a aplicar y garantizar los derechos que las normas legales establecen, y que encuentran formas múltiples de eludir el cumplimiento de sus responsabilidades, de encubrir los incumplimientos y las actuaciones arbitrarias, en beneficio de intereses económicos o de poder.

Las formas encubiertas de discriminación de género han sustituido, en las actuales sociedades “democráticas”, a las formas abiertas de discriminación basadas en el sexo de las personas y que en España estuvieron legalizadas o legalmente consentidas hasta la aprobación de la actual Constitución. Por ello, las normas protectoras tienen que prever estas situaciones e incorporar los instrumentos adecuados para garantizar de forma efectiva la aplicación de los derechos legalmente reconocidos.

La posición subordinada de las mujeres en el mercado laboral tiene claras repercusiones negativas en el conjunto de sus condiciones de trabajo, incluidas las derivadas del ejercicio del trabajo retribuido, las prestaciones económicas y las prestaciones sociales, y esto será convenientemente presentado por la profesora Cristina Carrasco, en su próxima intervención. También tiene repercusiones negativas sobre su salud y calidad de vida, como pondrán de relieve otras intervenciones previstas en el marco de este Curso, por lo que no me extenderé sobre ellas.

Saber qué trabajos realizan las mujeres en el mercado laboral, es esencial para identificar el tipo de condiciones de trabajo que determinan la salud de las mujeres trabajadoras, y derivado de ello identificar los factores de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo.

La posibilidad de disponer de estadísticas laborales desagregadas por sexo, es reciente y aún limitada e incompleta. La realización de estudios de mercado laboral, de trabajo asalariado, de condiciones de trabajo, de condiciones de salud, específicos sobre las mujeres o que integren la perspectiva de género en un análisis general, son todavía escasos, y poco sistemáticos. Las estadísticas y estudios oficiales, han sido impulsados en las últimas décadas desde las instituciones y las políticas de la Unión Europea.

A pesar de que, como decíamos al principio, el trabajo “reproductivo” no es reconocido ni valorado, las normas laborales protectoras cuando legislan sobre las mujeres lo hacen básicamente en dos direcciones, la de protección frente al trato discriminatorio, y la de protección de la maternidad, la reproducción y la atención de los recién nacidos.

Los factores de riesgo

Investigaciones realizadas desde distintos ámbitos, algunas de ellas impulsadas desde Comisiones Obreras, y la relación directa con las trabajadoras de los diferentes sectores de actividad, han puesto en evidencia que los problemas musculoesqueléticos y los derivados de la organización del trabajo o psicosociales, son el común denominador de la mayoría de las quejas que presentan las trabajadoras en relación a su salud y que identifican como factores de riesgo laboral.

Como riesgos específicos de género, los observados durante el embarazo son también usualmente identificados, aunque hay que decir que muchos de los riesgos laborales que pueden tener efectos durante el embarazo o con posterioridad al parto, son ampliamente desconocidos no sólo por las trabajadoras, sino también por quienes tienen la responsabilidad de prevenirlos y evitarlos. También que algunos efectos que pueden tener los riesgos para la reproducción en el periodo de desarrollo fetal, pueden venir derivados de la exposición del padre y transmitidos en el proceso de fecundación.

Otros riesgos específicos de género, que afectan esencialmente a las mujeres, son los derivados de la llamada “doble presencia” o compaginación de tareas en el ámbito doméstico y en el laboral, el acoso sexual, las exigencias en cuanto a imagen y comportamiento y los efectos que sobre la salud provocan los procesos de discriminación laboral por razón de género que afectan a las trabajadoras.

Estos riesgos específicos han sido tradicionalmente abordados en Comisiones Obreras desde la actividad de las Secretarías de la Mujer, en una perspectiva general, es decir en relación a las consecuencias laborales de diverso tipo, en el acceso al empleo, en la permanencia en el mismo, en las condiciones de retribución y promoción, etc., también aunque en menor medida en relación a la salud de las trabajadoras. Esta perspectiva, sin embargo, ha sido contemplada desde la actividad de las Secretarías de Salud Laboral y Medio Ambiente, y alcanzan su mejor proyección cuando son el resultado de iniciativas compartidas.

La acción sindical en la prevención de la salud de las mujeres

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales aporta, además de derechos, toda una serie de instrumentos que debemos utilizar para una adecuada prevención de los riesgos laborales que afectan mayoritaria o específicamente a las mujeres.

Desde el papel que deben jugar los delegados y delegadas de prevención, junto con los departamentos especializados de que dispone Comisiones Obreras, la acción sindical en este terreno debe impulsar cambios sustanciales en la actual situación de incumplimiento generalizado de la obligación empresarial de realizar una adecuada evaluación de riesgos, de todos los riesgos, pues a la inadecuada valoración de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo que existen en las actividades feminizadas, hay que añadir la total ausencia de valoración de los riesgos específicos de género y la clara insuficiencia en relación a los riesgos para la reproducción y la maternidad.

La prevención de riesgos para la maternidad, suelen quedar limitados en la mayoría de las empresas a prever el cambio de puesto durante el embarazo, pero sin una previa evaluación de cuales son los puestos exentos de riesgo. Es muy común que en cadenas de montaje donde las trabajadoras realizan sus actividades de pié, cuando están embarazadas se las traslade a un puesto de trabajo en que pueda sentarse, o que se les permita una mayor movilidad y tiempos de descanso, pero también es muy común que el cambio de puesto de trabajo le sea negado si trabaja en un pequeño taller o en un pequeño comercio, y que las empresas recurran con extrema facilidad a no renovar contrato a las trabajadoras embarazadas con contrato temporal, a inducir la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o incluso proceder al despido, en el caso de trabajadoras fijas de plantilla.

La actual legislación, internacional, europea y nacional, contiene las suficientes garantías contra el despido de las trabajadoras embarazadas, y la jurisprudencia española y europea se han encargado de ratificar la plena extensión de esta protección a variados supuestos en los que las empresas ponen en cuestión la virtualidad de aplicación de la norma legal, como es el caso del despido producido durante el periodo de prueba, o con contrato temporal, incluida la simple no renovación del contrato, en casos de no comunicación del embarazo por parte de la trabajadora, en contrataciones de interinidad, etc.

Aún con todo ello, desde la acción sindical tenemos que dar respuesta a dos aspectos básicos que merman la capacidad de defensa de las trabajadoras, uno que para obtener la protección judicial es preciso pleitear, y esto suele ser un proceso largo y costoso, al que muchas veces las afectadas renuncian por diversas causas, desde el puro desconocimiento de sus derechos, hasta la hipotética perspectiva de ser llamadas por la misma empresa una vez transcurrido un tiempo en el caso de las trabajadoras con contratación temporal. El otro aspecto es que ante una vulneración tan clara de un derecho especialmente protegido por la ley, y tipificada como acto discriminatorio en razón de sexo, debiera ser la acción sindical, interna o externa, la que consiguiera la inmediata rectificación empresarial.

Esto no es un objetivo imposible, tenemos experiencias concretas que certifican la eficacia de la acción sindical en casos de esta naturaleza, y para un sindicato, la presión y la negociación para la defensa de los derechos laborales son una práctica cotidiana y prioritaria que no obsta el recurso a la vía judicial cuando no se consigue modificar la posición empresarial. Y además, no son menores las ventajas que suponen un procedimiento rápido de solución del conflicto ante las innegables repercusiones que sobre la salud de la trabajadora embarazada introduce la pérdida del puesto de trabajo, de las percepciones económicas y la inseguridad sobre el futuro.

LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES

Como en otros muchos campos, la participación de las mujeres en la toma de decisiones que afecten a la protección de su salud, es imprescindible para garantizar que la prevención sea una realidad en las empresas y que, además, sea eficaz, porque son ellas las que tienen un conocimiento extenso y práctico sobre su trabajo y como se realiza, incluidos aquellos factores psicosociales, intangibles y difícilmente medibles con parámetros al uso en la evaluación de otros factores de riesgos.

La prevención necesita implicación de las partes, de la empresa y sus responsables de un lado, y de los trabajadores y trabajadoras de otro. Para implicarse es necesario tener la posibilidad de participar, de opinar y que las opiniones sean tomadas en cuenta y tengan repercusión práctica en el entorno laboral. Las mujeres tienen que tomar la palabra directamente, ante la empresa y ante la representación sindical. Las mujeres tienen que acceder cada vez en mayor medida a las funciones de representación de sus compañeros y compañeras, porque desde esta posición, desde la presencia significativa y relevante en los órganos de representación legal y en las organizaciones sindicales, la voz de las mujeres será más fácilmente escuchada.

En Comisiones Obreras, la presencia de mujeres afiliadas, y también en los órganos de representación y de dirección está en constante aumento, habiendo alcanzado cifras muy significativas que no obstante aspiramos a mejorar en todos los sitios en donde observemos un desequilibrio entre presencia laboral y representación de mujeres. En el terreno de la prevención de la salud y de las estructuras que para ello tenemos en el sindicato, es un campo plenamente implicado con este objetivo, en el que la presencia de mujeres es cada día más relevante. Y apostamos, porque siga creciendo en el futuro. Gracias por su atención.

La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres?*

CRISTINA CARRASCO

Introducción

En los últimos años, el tiempo de trabajo se ha ido configurando como tema de debate en diversos círculos académicos, laborales, sociales y políticos. Dos hechos han colaborado de forma definitiva a este interés: la creciente participación de las mujeres en el trabajo de mercado que ha hecho visible la tensión entre los tiempos de cuidados y las exigencias del trabajo mercantil, y los procesos de flexibilización del tiempo de trabajo impuesto básicamente desde las empresas, que exige cada vez mayor movilidad y disponibilidad horaria de las trabajadoras y trabajadores.

Sin embargo, los problemas que han ido surgiendo en relación a los tiempos de trabajo no son sino la expresión visible de otro conflicto más profundo que está en los fundamentos del sistema social y económico: la tensión existente entre dos objetivos contradictorios, la obtención de beneficios por una parte y el cuidado de la vida humana por otra. Tensión que se acentúa por la dependencia de la producción capitalista en los procesos de reproducción y de sostenibilidad de la vida humana que se realizan fuera del ámbito de sus relaciones y de su control directo.

Por esta razón creo que el estudio de los conflictos y organización de los tiempos de trabajo y de vida nos remite a una cuestión anterior: ¿cómo

* Algunas de las ideas —seguramente las mejores— planteadas en estas páginas han surgido de los debates que hemos mantenido con las amigas del grupo Dones i Treballs de Ca la Dona de Barcelona. Cristina Carrasco, Universidad de Barcelona [bengoa@eco.ub.es].

resuelven las sociedades las necesidades de subsistencia de las personas? o, dicho de otra manera ¿cómo se organizan en torno a esta función primaria y fundamental de la cual depende nada más ni nada menos que la vida humana?

Ahora bien, el análisis de las necesidades de reproducción de las personas es un tema complejo que puede ser abordado desde distintas perspectivas, tanto temáticas como disciplinares. Pero, en cualquier caso, es un tema central. Sin embargo, desde una perspectiva socio-económica, al menos para la economía oficial, el sostenimiento de la vida no ha sido nunca una preocupación analítica central, por el contrario, habitualmente se la ha considerado una «externalidad» del sistema económico.¹

Las distintas escuelas de pensamiento han utilizado diversas categorías para el análisis socioeconómico de las sociedades: sistemas económicos, modos de producción, grados de desarrollo del capitalismo o de la industrialización, etc. En cambio, la reproducción humana como proceso social nunca ha sido utilizada como categoría analítica central en los estudios de las sociedades.

Centrarse explícitamente en la forma en que cada sociedad resuelve sus problemas de sostenimiento de la vida humana ofrece sin duda una nueva perspectiva sobre la organización social y permite hacer visible toda aquella parte del proceso que tiende a estar implícito y que habitualmente no se nombra. Esta nueva perspectiva permite además poner de manifiesto los intereses prioritarios de una sociedad, recuperar todos los procesos de trabajo, nombrar a quiénes asumen la responsabilidad del cuidado de la vida, estudiar las relaciones de género y de poder, y, en consecuencia, analizar cómo se estructuran los tiempos de trabajo y de vida de los distintos sectores de la población.

Naturalmente, cada sociedad ha intentado con mayor o menor éxito distintos mecanismos para cubrir las necesidades de las personas, aunque podemos aventurar que los procesos de reproducción y vida se han resuelto siempre fundamentalmente desde los hogares. Sin ninguna duda que esto fue la norma al menos hasta que la casa medieval —centro de producción, consumo y vida— deja de ser autosuficiente y comienza a producirse para los mercados. Sin embargo, posteriormente —aunque los procesos de reproducción de la vida humana se hacen cada vez más invisibles con la industrialización y el

1. La teoría neoclásica tradicionalmente ha considerado a la familia como algo «exógeno» al sistema económico, como algo que evoluciona de manera independiente de la economía. Incluso Becker, en sus intentos de explicar la estructura básica del comportamiento familiar recurre finalmente a «factores exógenos ya dados». Una de las primeras críticas a este tratamiento de la institución familiar se encuentra en Humphries y Rubery 1984.

desarrollo del sistema capitalista— no se alterará la función básica de los hogares como centro de gestión, organización y cuidado de la vida.

Particularmente, en nuestras sociedades occidentales industrializadas, la subsistencia y calidad de vida se nutre fundamentalmente de tres fuentes: las producciones y actividades de cuidados directos realizadas desde el hogar, el mercado y la oferta de servicios públicos. Sin embargo, a pesar del peso que ha ido adquiriendo el mercado capitalista en la oferta de bienes y servicios, las estrategias de vida de las personas continúan organizándose desde el hogar de acuerdo al nivel de ingresos y a la participación pública en las tareas de cuidados.

Ahora bien, la centralidad de la producción mercantil como objetivo económico básico, la dependencia del salario de una parte importante de la población y la cultura del trabajo masculina, han contribuido a oscurecer la relevancia de los procesos de sostenibilidad social y humana haciendo difícil la comprensión de las conexiones e interdependencias que mantienen con la producción capitalista.

El objetivo de estas líneas es recuperar los procesos de reproducción y vida, haciendo visibles los conflictos ocultos en relación a tiempos y trabajos y las desigualdades que se derivan entre mujeres y hombres. En la primera parte el tema es tratado desde la perspectiva del trabajo de las mujeres y en la segunda, se aborda hasta un enfoque más concreto traduciendo al lenguaje de los tiempos las actividades que realizan las personas dirigidas al sostenimiento de la vida humana. Finalmente, se apuntan algunos escenarios futuros posibles.

I. La lenta recuperación de los procesos de vida y reproducción

No sólo de pan...

Sin pretender entrar en el debate sobre las «necesidades básicas»,² creo conveniente comenzar esta reflexión recordando algo que, aunque de sentido común, habitualmente tiende a olvidarse: las necesidades humanas son de bienes y servicios pero también de afectos y relaciones. Necesitamos alimentos y vestimos, protegernos del frío y de las enfermedades, estudiar y educarnos, pero también necesitamos cariños y cuidados, aprender a establecer relaciones y vivir en comunidad. Y esto requiere algo más que sólo bienes y servicios. Con esto quiero decir que las necesidades humanas tienen lo que podríamos llamar una dimensión más objetiva —que respondería más a

2. El debate específico sobre las «necesidades básicas» sería mucho más amplio de lo que se pretende en este artículo. Como referencia obligada sobre el tema se puede ver Doyal y Gough 1994.

necesidades biológicas— y otra más subjetiva que incluiría los afectos, el cuidado, la seguridad psicológica, la creación de relaciones y lazos humanos, etc., aspectos tan esenciales para la vida como el alimento más básico.

En una gama amplia de bienes y servicios —en general, los susceptibles de intercambio— es posible realizar la separación de las dos dimensiones señaladas, la objetiva y la subjetiva. Por lo general, los bienes mercantiles o públicos tienden a satisfacer la componente más objetiva de las necesidades. Por ejemplo, cuando una trabajadora o un trabajador industrial produce un televisor, ni sabe ni le preocupa quién lo va a adquirir. La actividad de producir el bien o servicio es independiente de quién se va a beneficiar de él. Aunque es posible que en servicios públicos o de mercado, como por ejemplo en los servicios de atención de un hospital o de una escuela, pueda existir algún componente subjetivo de afecto y relación humana, ello no es lo determinante de la actividad, lo que la define es la necesidad objetiva que satisface.

Sin embargo, en los bienes y servicios producidos en el hogar es más complicado separar los aspectos afectivo/relacionales de la actividad misma, precisamente porque implican elementos personales. Así, es posible que una misma actividad pueda tener para algunas personas sustituto de mercado (si los ingresos lo permiten) y, en cambio, para otras sea totalmente insustituible. Por ejemplo, para las madres o padres puede ser muy importante la relación con sus hijos o hijas, pero cada uno puede establecer y concretar la relación en actividades diferentes: llevando a las criaturas al colegio, jugando con ellas en el parque o dándoles la cena. Para cada persona, aquella actividad a través de la cual ha establecido la relación es la que no tiene sustituto de mercado. De aquí que sea prácticamente imposible clasificar las tareas del hogar en mercantilizables o no mercantilizables, precisamente por el componente subjetivo que pueden incorporar.

En definitiva, lo que quiero expresar es que el trabajo destinado al cuidado de las personas del hogar tiene otro contexto social y emocional que el trabajo remunerado y satisface necesidades personales y sociales que no permiten una simple sustitución con producción de mercado. Implica relaciones afectivo/sociales difícilmente separables de la actividad misma y crea un tejido complejo de relaciones humanas sobre el cual de alguna manera se sustenta el resto de la sociedad (Schaffner 1995, Himmelweit 1995, Carrasco 1998).

La poderosa «mano invisible» de la vida cotidiana

Ahora bien, los estudios económicos y sociales acostumbran a olvidar este componente subjetivo de las necesidades humanas cubierto habitualmente desde el hogar. Olvido que se nos presenta poco inocente porque esconde un

conflicto de intereses: los distintos espacios, trabajos y actividades que forman parte de los procesos de vida y reproducción no gozan todos del mismo reconocimiento social, sino que existe entre ellos una componente valorativa jerárquica resultado de una larga tradición patriarcal liberal.

Desde dicha tradición se ha pretendido establecer la visión de una sociedad dividida en dos esferas separadas con escasa interrelación entre ellas y basadas en principios antagónicos. Por una parte, la esfera pública (masculina) que estaría centrada en lo llamado social, político y económico-mercantil y regida por criterios de éxito, poder, derechos de libertad y propiedad universales, etc. y relacionada fundamentalmente con la satisfacción de el componente más objetivo (único reconocido) de las necesidades humanas. Por otra, la privada —o doméstica— (femenina) que estaría centrada en el hogar, basada en lazos afectivos y sentimientos, desprovista de cualquier idea de participación social, política o productiva y relacionada directamente con las necesidades subjetivas (siempre olvidadas) de las personas. En esta rígida dualidad sólo el mundo público goza de reconocimiento social. La actividad o participación en la denominada esfera privada, asignada socialmente a las mujeres, queda relegada al limbo de lo invisible negándole toda posibilidad de valoración social.

Sin embargo, estas actividades no valoradas —que incorporan una fuerte carga subjetiva— son precisamente las que están directamente comprometidas con el sostenimiento de la vida humana. Constituyen un conjunto de tareas tendientes a prestar apoyo a las personas dependientes por motivos de edad o salud, pero también a la gran mayoría de los varones adultos. Tareas que comprenden servicios personales conectados habitualmente con necesidades diversas absolutamente indispensables para la estabilidad física y emocional de los miembros del hogar. Actividades que incluyen la alimentación, el afecto, y, en ocasiones, aspectos poco agradables, repetitivos y agotadores, pero absolutamente necesarios para el bienestar de las personas. Un trabajo que implica tareas complejas de gestión y organización necesarias para el funcionamiento diario del hogar y de sus habitantes. Un trabajo que se realiza día tras día los 365 días del año, en el hogar y fuera de él, en el barrio y desde el puesto de trabajo remunerado, que crea redes familiares y sociales, que ofrece apoyo y seguridad personal y que permite la socialización y el desarrollo de las personas. La magnitud y responsabilidad de esta actividad lleva a pensar —como he señalado en otra ocasión— en la existencia de una «mano invisible» mucho más poderosa que la de Adam Smith, que regula la vida cotidiana y permite que el mundo siga funcionando.³

3. Mi duda en relación a este tema es: las disciplinas como la economía para las que esta actividad continúa siendo invisible ¿cómo no se plantean de dónde emerge la fuerza de trabajo que utilizan en los modelos?

Las razones ocultas de la invisibilidad

Ahora bien, si aceptamos que esta actividad es absolutamente necesaria para el sostenimiento y cuidado de la vida humana, ¿cómo es posible que se haya mantenido invisible?, ¿por qué no ha tenido el reconocimiento social y político que le corresponde? Seguramente la respuesta es compleja. En cualquier caso me aventuro a señalar dos grandes razones: una más antigua de orden ideológico patriarcal y otra, posiblemente más reciente, de orden económico.

La primera tiene que ver con las razones del patriarcado. Se sabe que en cualquier sociedad el grupo dominante (definido por raza, sexo, etnia, ...) define e impone sus valores y su concepción del mundo: construye unas estructuras sociales, establece las relaciones sociales y de poder, elabora el conocimiento y diseña los símbolos y la utilización del lenguaje. Pero además, dichos valores tienden a categorizarse como universales, con lo cual se invisibiliza al resto de la sociedad. Las sociedades patriarcales no han sido una excepción a la norma general. Así, vivimos en un mundo donde la ciencia y la cultura han sido construidas por el poder masculino y, por tanto, sólo se ha valorado aquello que guarda relación con la actividad de los varones. En el caso concreto que nos ocupa, todas las actividades relacionadas con el sostenimiento de la vida humana que tradicionalmente han realizado las mujeres y que en gran medida se caracterizan porque su resultado desaparece en el desarrollo de la actividad, no han sido valoradas. En cambio, aquellas que se realizan en el mundo público, que sus resultados trascienden el ámbito doméstico y que tradicionalmente han sido realizadas por los varones, gozan de valor social. Esta diferenciación guarda relación con la que plantea H. Arendt (1998) entre labor y trabajo. Para esta autora, la labor guardaría relación con la satisfacción de las necesidades básicas de la vida y corresponderían a aquellas actividades que no dejan huella, que su producto se agota al realizarlas y, por ello, generalmente los hombres las han despreciado. En cambio, el resultado del trabajo tendría un carácter más duradero y más objetivo en el sentido de la relativa independencia de los bienes de los hombres que los producen. No estaría ligado a los ciclos repetitivos de las necesidades humanas y sería una actividad más valorada y reconocida.⁴ Es notoria la similitud —tanto en contenido como en valoración social— de estos dos conceptos con los actuales de trabajo familiar doméstico y trabajo de mercado respectivamente.

La segunda razón tiene que ver con el funcionamiento de los sistemas económicos. Históricamente los sistemas socioeconómicos han dependido de la esfera

4. Los conceptos de labor y trabajo de Arendt están discutidos más ampliamente en Bosch et al. 2001.

doméstica: han mantenido una determinada estructura familiar que les ha permitido asegurar la necesaria oferta de fuerza de trabajo a través del trabajo de las mujeres. En particular, en aquellos grupos de población de bajos recursos económicos la dependencia del sistema económico ha significado una verdadera explotación de la unidad doméstica (Meillassoux 1975). En todo caso, en cualquier sociedad, sin la aportación del trabajo de las mujeres la subsistencia del grupo familiar no hubiera estado nunca asegurada (Chayanov 1925, Kriedte et al. 1977). Sin embargo, los sistemas económicos se nos han presentado tradicionalmente como autónomos, ocultando así la actividad doméstica, base esencial de la producción de la vida y de las fuerzas de trabajo.

En particular, los sistemas capitalistas son un caso paradigmático de esta forma de funcionamiento. En relación a la invisibilidad de la actividad desarrollada en el hogar, Antonella Picchio (1994, 1999a), ha puesto de manifiesto que en estos sistemas lo que permanece oculto no es tanto el trabajo doméstico en sí mismo sino la relación que mantiene con la producción capitalista. Esta actividad —al cuidar la vida humana— se constituye en el nexo entre el ámbito doméstico y la producción de mercado. De aquí que sea importante que este nexo permanezca oculto porque facilita el desplazamiento de costes desde la producción capitalista hacia la esfera doméstica. Estos costes tienen que ver en primer lugar con la reproducción de la fuerza de trabajo. Ya en el «Debate sobre el Trabajo Doméstico»⁵ en los años setenta se denunció la explotación del hogar por parte de la producción capitalista, en el sentido de que los salarios tradicionalmente han sido insuficientes para la reproducción de la fuerza de trabajo y, por tanto, el trabajo realizado en el hogar sería una condición de existencia del sistema económico.

Hay que notar entonces que en este sentido la cantidad de trabajo familiar doméstico sustituible a realizar⁶ viene determinada en gran medida por el salario. El salario se presenta entonces como el nexo económico fundamental entre la esfera de reproducción humana y la esfera mercantil. Ahora bien, sabemos que la tasa salarial así como la tasa de beneficio son variables distributivas no independientes, determinadas en parte importante por relaciones sociales de poder, de tal modo que el nivel de salario queda estrechamente relacionado con el nivel de beneficio y la acumulación capitalista. Así, aunque los salarios no puedan tomar cualquier valor ya que los requerimientos

5. El «Debate sobre el Trabajo Doméstico» fue como el nombre lo dice, un debate, que tuvo lugar en los años setenta y duró aproximadamente una década. En él, participaron mujeres y hombres provenientes tanto de la tradición marxista como del pensamiento feminista. Los aspectos fundamentales de la discusión se pueden consultar en Borderías et al. 1994.

6. Me refiero naturalmente a aquella parte del trabajo familiar doméstico que tiene sustituto de mercado.

reproductivos señalan su posible campo de variación (con fronteras difusas), de hecho están determinando una relación entre el tiempo dedicado a trabajo familiar doméstico y el nivel de beneficio capitalista.⁷

También se han puesto de manifiesto otros aspectos —económicos y relacionales— del trabajo familiar doméstico absolutamente necesarios para que el mercado y la producción capitalista puedan funcionar: el cuidado de la vida en su vertiente más subjetiva de afectos y relaciones, el papel de seguridad social del hogar (socialización, cuidados sanitarios), la gestión y relación con las instituciones, etc. Actividades todas ellas destinadas a criar y mantener personas saludables, con estabilidad emocional, seguridad afectiva, capacidad de relación y comunicación, etc., características humanas sin las cuales sería imposible no sólo el funcionamiento de la esfera mercantil capitalista, sino ni siquiera la adquisición del llamado «capital humano».⁸ Sin embargo, desde la economía se sigue ocultando la relación capitalista que mantiene el ámbito familiar doméstico con el sistema social y económico que permite «externalizar los costes sociales originados en las actividades de mercado y utilizar a las mujeres como amortiguador final del dumping social» (Picchio 1999a, p. 233).

En definitiva, la producción capitalista se ha desligado del cuidado de la vida humana, apareciendo como un proceso paralelo y autosuficiente. Pero no sólo eso. Además de mantener invisible el nexo con las actividades de cuidados, utiliza a las personas como un medio para sus fines: la obtención de beneficio. De ahí que en términos empresariales y desde la economía oficial sea habitual hablar de «recursos humanos» o «factores de producción» para referirse a las «personas trabajadoras».

Finalmente, en el análisis del funcionamiento del sistema capitalista no hay que olvidar el papel del estado.⁹ A nuestro objeto interesa recordar que el

7. Estas ideas se han ido incorporando en esquemas de tipo reproductivo, estableciendo de forma más sistematizada las necesidades de trabajo doméstico para la reproducción humana, social y económica (Carrasco 1991, Carrasco et al. 1991, Picchio 1992, 1999b).

8. Desde el campo de la pedagogía se advierte que es prácticamente imposible que un niño adquiera «capital humano» si previamente no se le ha cuidado, dado seguridad psicológica, estructurado los procesos de aprendizaje, etc., aspectos desarrollados fundamentalmente desde el hogar.

9. Por supuesto que no es nuestra intención realizar aquí un análisis del papel del estado en las sociedades capitalistas. Pero sí interesa señalar que el estudio de Esping-Andersen (1990) en que consideraba la relación estado-mercado como eje analítico para estudiar las posibilidades de subsistencia y calidad de vida de las personas, originó una extensa crítica desde el feminismo, que a su vez proporcionó como marco de análisis más realista y más fértil el eje estado-mercado-familia (mujeres). Una amplia bibliografía al respecto se puede ver en Carrasco et al. (1997). Un buen análisis del concepto de «autonomía» utilizando este marco teórico es Gardiner (2000). El propio Esping-Andersen reconoció posteriormente la potencia analítica de la propuesta feminista (Esping-Andersen 1999).

estado regula el funcionamiento del mercado de trabajo y desarrolla programas de protección social supuestamente para cubrir necesidades no satisfechas a través del mercado. De este modo, participa directamente en la determinación de la situación social que ocupan las personas y en la estructuración de las desigualdades sociales incluidas las de sexo. De aquí que la supuesta neutralidad del estado en relación a la configuración de los distintos grupos sociales, es sólo un espejismo.

Las mujeres como protagonistas de su propia historia

Junto al análisis de la importancia del trabajo de cuidados y a los intentos de desentrañar las razones de su invisibilidad, las mujeres van experimentando profundos cambios en su vida cotidiana que las llevará finalmente a cuestionar todo el modelo social. Reconstruir el itinerario recorrido por las mujeres en las últimas décadas nos lleva necesariamente a echar una rápida mirada a la historia reciente de nuestras sociedades.

En primer lugar, quiero recordar que durante parte importante del siglo XX¹⁰ existe un pacto social que funciona con diversos elementos constitutivos. Me interesa aquí resaltar dos. Por una parte, la idea de un empleo, estable, seguro, garante de derechos, con acceso a determinada seguridad social, concebido como un derecho individual que otorgaba identidad y reconocimiento social (Alonso 1999). Este «trabajo-empleo» era reconocido como una actividad propiamente masculina.¹¹ Por otra parte, un segundo elemento constitutivo del pacto social es el modelo familiar que —aunque más antiguo— acompaña al modelo fordista de empleo: la forma cómo se organiza la sociedad y la producción mercantil suponen la existencia del modelo familiar «hombre proveedor de ingresos-mujer ama de casa» (modelo «male breadwinner») caracterizado por una ideología familiar que se concreta en el matrimonio tradicional con una estricta separación de trabajos y roles entre ambos cónyuges. El hombre es el jefe de familia y tiene la obligación de proveer a la familia a través de un empleo a tiempo completo. La mujer realiza las tareas de afectos y cuidados. Las mujeres son tratadas como esposas y madres y no se acepta socialmente que las mujeres casadas tengan un empleo. Esta estructura familiar encaja perfectamente con el «pleno empleo» masculino definido por Beveridge (1944). Bajo esta familia —defensora de los valores morales— las mujeres cuidarían a la población dependiente niñas, niños, personas ancianas o enfermas— pero también a los varones adultos, para que éstos pudieran

10. Me estoy refiriendo básicamente a Europa Occidental después de la 2ª guerra mundial.

11. A pesar de que parte de las mujeres, en particular las de hogares de rentas bajas, mantuvo siempre presencia continua en el mercado laboral, aunque con condiciones laborales y salariales muy inferiores a las de sus compañeros varones.

dedicarse plenamente a su trabajo de mercado o actividad pública.¹² Esto formaba parte del contrato social según el cual las mujeres deberían satisfacer las necesidades de los varones para que estos pudieran cumplir con su condición de ciudadano y trabajador asalariado (Pateman 1995).

Ahora bien, en las últimas décadas del siglo XX, particularmente en España,¹³ tanto el mercado laboral femenino como el modelo familiar «male breadwinner» comienzan a experimentar importantes transformaciones. Aunque si bien es cierto, no tanto como resultado de cambios institucionales, políticos u organizativos que apuntaran en esa dirección, sino básicamente como efecto de las decisiones de las propias mujeres. Sin embargo, la creciente incorporación de las mujeres al trabajo de mercado,¹⁴ no tiene como resultado el abandono del trabajo familiar: las mujeres continúan realizando esta actividad fundamentalmente porque le otorgan el valor que la sociedad patriarcal capitalista nunca ha querido reconocerle.

Lo impresionante es que estos cambios culturales y de comportamiento realizados por las mujeres no han tenido el eco correspondiente en el resto de la sociedad. Ni los varones como grupo de población ni las instituciones diversas han querido enterarse de los cambios profundos vividos por las mujeres. En consecuencia, el funcionamiento social no ha experimentado transformaciones sustanciales y los efectos de la nueva situación han tenido que ser asumidos por las propias mujeres.

El resultado es que la organización de nuestras sociedades vista desde fuera puede parecer absolutamente absurda e irracional. Seguramente si una «extraterrestre» sin previa información viniera a observar nuestra organización y desarrollo de la vida cotidiana, plantearía una primera pregunta de sentido común: ¿cómo es posible que madres y padres tengan un mes de vacaciones al año y las criaturas pequeñas tengan cuatro meses? ¿quién las cuida? o ¿cómo es posible que los horarios escolares no coincidan con los laborales? ¿cómo se organizan las familias? y ya no digamos si observa el número creciente de personas mayores que requieren cuidados directos. Probablemente nuestra extraterrestre quedaría asombrada de la pésima organización social de nuestra sociedad. Sin embargo, tendríamos que aclararle que está equivocada: no se trata exactamente de una mala organización, sino de una sociedad

12. Quisiera resaltar que tradicionalmente se ha considerado a las mujeres personas «dependientes» porque tenían ingresos monetarios menores o sencillamente no tenían. Sin embargo, normalmente no se nombra la «dependencia» de cuidados, es decir, la capacidad de cuidarse a uno(a) mismo(a) y a otras personas. En este sentido, los varones son absolutamente dependientes de las mujeres.

13. Como es obvio, los períodos son distintos para las distintas regiones o países.

14. En las próximas líneas me refiero fundamentalmente al caso español.

que continúa actuando como si se mantuviera el modelo de familia tradicional, es decir, con una mujer ama de casa a tiempo completo que realiza todas las tareas de cuidados necesarios. Y si esta mujer quiere incorporarse al mercado laboral es su responsabilidad individual resolver previamente la organización familiar.

Es decir, las organizaciones e instituciones sociales —y la sociedad en general—, siguen sin considerar que el cuidado de la vida humana sea una responsabilidad social y política. Esto queda claramente reflejado en los debates sobre el Estado del Bienestar donde es habitual que educación y sanidad se discutan como los servicios básicos y necesarios que debe ofrecer el sector público y, sin embargo, nunca se consideren, ni siquiera se nombren, los servicios de cuidados. Cuando de hecho, son por excelencia los más básicos: si a un niño no se le cuida cuando nace, no hace falta que nos preocupemos por su educación formal, sencillamente no llegará a la edad escolar.

De la invisibilidad a la doble «presencia/ausencia» de las mujeres

Así, en la medida que las mujeres se han ido integrando al mercado laboral, ha ido desapareciendo el modelo familiar «hombre proveedor de ingresos-mujer ama de casa» y se ha ido abriendo paso un nuevo modelo que tiende a consolidarse: el hombre mantiene su rol casi intacto¹⁵ pero la figura del ama de casa tradicional tiende a desaparecer, lo cual no significa que ésta abandone sus tareas de cuidadora y gestora del hogar, sino que de hecho asume un doble papel, el familiar y el laboral.

En consecuencia, las mujeres enfrentadas casi en solitario al problema de «conciliar» tiempos y trabajos (familiar y laboral) han hecho de «variable de ajuste» entre las rigideces de ambos trabajos: las necesidades humanas (biológicas y relacionales) y las necesidades productivas y organizativas de la empresa, con costes importantes, particularmente para ellas, de calidad de vida. Este proceso de «conciliación» ha exigido a las mujeres desarrollar distintas formas de resistencia individual,¹⁶ adaptaciones y elecciones diversas que tienen que ver con reducciones del trabajo familiar, con la organización del trabajo de cuidados y con formas específicas de integrarse en el mercado de trabajo.¹⁷

15. La participación de los varones en el hogar —aunque ha aumentado ligeramente y se refiere a tareas muy específicas— se mantiene como una simple «ayuda» y no como el reconocimiento de una responsabilidad compartida.

16. Aunque este proceso también se ha visto afectado por cambios que no son resultado de transformaciones en las pautas de conducta de las mujeres, sino efectos de variaciones estructurales.

17. Las reducciones del trabajo familiar han venido por diversas vías. Sin discusión el hecho más significativo ha sido la caída de la fecundidad: de 2,32 hijas(os) por mujer en 1980 ha descendido

No obstante, el proceso de incorporación laboral de las mujeres les ha significado introducirse en un mundo definido y construido por y para los hombres. Un mundo —el mercantil— que sólo puede funcionar de la manera que lo hace porque descansa, se apoya y depende del trabajo familiar. Un mundo para el que se requiere libertad de tiempos y espacios, es decir, exige la presencia de alguien en casa que realice las actividades básicas para la vida. En este sentido, el modelo masculino de participación laboral no es generalizable. Si las mujeres imitaran el modelo masculino ¿quién cuidaría de la vida humana con toda la dedicación que ello implica?¹⁸

La doble participación de las mujeres —en el mercado laboral y en el trabajo y responsabilidad del hogar— que originalmente se definió como doble trabajo y posteriormente como doble presencia, actualmente se ha denominado «doble presencia/ausencia» para simbolizar el estar y no estar en ninguno de los dos lugares y las limitaciones que la situación comporta bajo la actual organización social.¹⁹ Situación que obliga a las mujeres a una práctica constante de pasar de un trabajo a otro, de unas características específicas de la actividad familiar a unos horarios y valores del trabajo asalariado, de una cultura del cuidado a una cultura del beneficio, que les exige interiorizar tensiones, tomar decisiones y hacer elecciones a las cuales los varones no están obligados. En este sentido, la experiencia cotidiana de las mujeres es una negociación continua en los distintos ámbitos sociales —como cuidadoras

hasta 1,07 en la actualidad, mínimo histórico muy por debajo de la tasa de reposición. Sin embargo, a pesar de que esta nueva situación ha disminuido enormemente el trabajo de cuidados infantiles, el notable aumento de la esperanza de vida está desplazando el problema hacia las personas mayores que están requiriendo de forma creciente mayores cuidados y atenciones.

Una segunda forma de reducir el trabajo doméstico ha venido por la disminución real de ciertos aspectos de este trabajo debido fundamentalmente al desarrollo tecnológico y a la adquisición de más bienes y servicios en el mercado, aspectos que afectan con mayor intensidad a las mujeres con mayor poder adquisitivo. Además, particularmente las mujeres de rentas bajas, han intensificado su tiempo de trabajo realizando diversas actividades simultáneamente. Hay que añadir también que en general en los hogares, básicamente aquellos donde las mujeres son activas laborales, el trabajo doméstico más tradicional como el limpiar o el planchar se reduce a los mínimos necesarios, mínimos bastante menores de los que tenían nuestras abuelas.

En relación a las actividades de cuidados, éstas no se definen tanto dentro de las relaciones entre la pareja, sino en el conjunto de mujeres como grupo social; la transferencia de tareas se realiza básicamente entre mujeres (familia, amigas, vecinas): tanto los cuidados infantiles como los dirigidos a la población anciana, se realizan fundamentalmente a través de una red femenina —aunque histórica— construida actualmente para mediar entre la satisfacción de necesidades humanas y las exigencias de la producción capitalista, ante la falta de servicios públicos adecuados y de una organización social al servicio de la calidad de vida.

18. Por ejemplo, en la ciudad de Barcelona, la población que se puede suponer que requiere algún tipo de cuidado directo —la población menor de 16 años y la mayor de 70 años— es aproximadamente el 28% de la población total.

19. La expresión es de M.J. Izquierdo, 1998.

responsables de los demás y como trabajadoras asalariadas con todas las restricciones y obligaciones que ello significa— que se traduce en la imposibilidad de sentirse cómodas en un mundo construido según el modelo masculino (Picchio, 1999b).

La emergencia del verdadero conflicto

Mientras existía el tipo tradicional de familia junto al modelo de producción fordista y los trabajos de mujeres y hombres aparecían como paralelos e independientes, el nexo entre el cuidado de la vida y la producción capitalista permanecía oculto y toda la actividad que realizaban las mujeres en casa —cuidado físico y psicológico de la vida humana— se hacía invisible. Pero cuando las mujeres pasan a realizar los dos trabajos y viven en su propio cuerpo la enorme tensión que significa el solapamiento de tiempos y el continuo desplazamiento de un espacio a otro, entonces es cuando el conflicto de intereses entre los distintos trabajos comienza a hacerse visible. De esta manera, la tensión vivida por las mujeres no es sino reflejo de la contradicción mucho más profunda que señalábamos anteriormente: la que existe entre la producción capitalista y el bienestar humano, entre el objetivo del beneficio y el objetivo del cuidado de la vida.

Entre la sostenibilidad de la vida humana y el beneficio económico, nuestras sociedades patriarcales capitalistas han optado por éste último. Esto significa que las personas no son el objetivo social prioritario, no son un fin en sí mismas, sino que están al servicio de la producción. Los intereses político-sociales no están puestos en la consecución de una mayor calidad de vida, sino en el crecimiento de la producción y la obtención de beneficios. Un reflejo claro de ello son todas las políticas de desregulación y flexibilización del mercado laboral de los últimos años cuyo objetivo no ha sido otro que reducir costes salariales y adaptar los tiempos de trabajo a las exigencias de la mayor eficiencia y productividad de la empresa, aunque ello esté teniendo claros efectos negativos en la calidad de vida de las personas.

La cuestión es clara: el centro de interés social está puesto en la producción, en el mundo público, en los grandes agregados macroeconómicos, como aspectos fundamentales a mantener y mejorar. El sostenimiento de la vida humana es desplazado al ámbito doméstico entendiéndose como una responsabilidad femenina. En consecuencia, las personas deben resolver su subsistencia y calidad de vida en el ámbito privado, pero eso sí, siempre bajo las condiciones de trabajo que exija la organización de la empresa capitalista. De aquí que la visibilidad del trabajo doméstico no es un problema técnico sino fundamentalmente social y político.

II. Tiempo de cuidado, tiempo de mercado: ¿Conciliación o priorización?

El objetivo de esta segunda parte es traducir al lenguaje de los tiempos la actividad de las personas dirigida a la sostenibilidad de la vida humana con los conflictos y contradicciones desvelados anteriormente. La idea es reflejar en un terreno más concreto algunas de las cuestiones desarrolladas en el apartado primero para comenzar a discutir propuestas que posibiliten avanzar hacia una sociedad que apueste por la solidaridad, la diversidad y la equidad.

Se intentará en lo posible seguir un itinerario análogo al anterior, de tal modo que los aspectos conflictivos que fueron surgiendo en la primera parte se reflejen ahora en la organización y valoración de los tiempos. En general, nos estaremos refiriendo a nuestras sociedades industrializadas occidentales.

Los tiempos y sus características

Desde sus inicios —hace aproximadamente tres décadas— los estudios de «presupuestos de tiempo» han estado ofreciendo una cantidad enorme de información sobre la forma en que las personas usan el tiempo. Estos estudios han facilitado, en particular, el análisis del tiempo de trabajo poniendo de manifiesto las importantes desigualdades entre mujeres y hombres.²⁰

Si comenzamos el análisis de la satisfacción de las necesidades humanas y sociales desde esta perspectiva —la del uso del tiempo— podemos constatar que no todos los tiempos son homogéneos: unos están destinados a satisfacer las propias necesidades (el más claro es el tiempo de dormir) y otros a satisfacer necesidades de los demás (normalmente parte del tiempo que dedicamos a trabajar satisface necesidades propias y parte, ajenas), también hay tiempos más rígidos y otros más flexibles y además hay tiempos que pueden ser utilizados en solitario y otros (los de relación) deben ser necesariamente compartidos.

En nuestras sociedades actuales, para las personas en edad activa se acostumbra a establecer cinco grandes categorías para el uso del tiempo²¹: tiempo de necesidades personales, tiempo de trabajo doméstico, tiempo de trabajo de

20. Estas aportaciones son amplísimas y han venido básicamente del campo de la sociología. Las referencias obligadas a nivel internacional son los trabajos de Szalai 1972, Gershuny 1991, Goldschmidt-Clermont et al. en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1995 y las distintas series de datos europeos actuales. Una bibliografía más amplia incluida las referencias para el caso español se puede consultar en Carrasco et al. 2000.

21. Aunque muchas personas mayores, básicamente mujeres, realizan distintas actividades relacionadas con el cuidado (u otras), analizaremos el tiempo de las personas en edades activas ya que son las edades en que se presentan los mayores conflictos con la organización del tiempo. Esto está suponiendo que las personas dependientes por razones de edad (niños o niñas o personas mayores) o salud (personas enfermas o con minusvalías) demandan más tiempo del que pueden ofrecer.

mercado, tiempo de participación ciudadana y tiempo de ocio. Cada uno de estos tiempos presenta algunas características propias que les otorgan distintos grados de flexibilidad, sustituibilidad o necesidad.

En primer lugar, podemos decir que el tiempo de necesidades personales es indispensable y bastante rígido, en el sentido de que existe un tiempo necesario que puede reducirse al sueño y al mínimo de comidas y aseo personal difícil de disminuir. En cambio, el tiempo de ocio tiene un fuerte grado de flexibilidad. De hecho se utiliza habitualmente como «variable de ajuste» del tiempo de trabajo familiar doméstico: un aumento de este último, reduce rápidamente el tiempo de ocio. El tiempo que denominamos de participación ciudadana también es bastante flexible aunque con un fuerte componente de género.²² Aquí incluimos tiempo dedicado a todo tipo de trabajo voluntario: participación en asociaciones, partidos políticos, trabajo voluntario directo, etc., que son actividades diversas, sin duda necesarias para la construcción de redes de integración y cohesión social.

Finalmente, los tiempos relevantes a nuestro objeto, son los tiempos de trabajo, familiar doméstico y remunerado.²³ El tiempo de trabajo doméstico familiar podemos considerarlo dividido en dos componentes diferenciados. Un primero, que comprende aquellas actividades que como se señaló anteriormente son inseparables de la relación afectiva que implican y que, en consecuencia, no tienen sustituto de mercado (no pueden ser valoradas a precio de mercado) ni sustituto público o, en algún caso, malos sustitutos. Este tiempo de trabajo no puede disminuir por debajo de unos mínimos estrictamente necesarios sin afectar el desarrollo integral de las personas como tales. Segundo componente del tiempo doméstico familiar comprende aquel que produce bienes y servicios que pueden ser sustituidos por el mercado o el sector público. El grado de sustitución dependerá por una parte del nivel de ingresos (básicamente salarios) y, por otra, de la oferta de servicios públicos de cuidados.²⁴

22. Los estudios de uso del tiempo muestran que las mujeres participan menos en este tipo de actividades y generalmente es el primer tiempo que reducen cuando asumen responsabilidades de cuidados.

23. El resto de los tiempos también son importantes y necesarios. Sin embargo, nuestro interés se centra en cómo se satisfacen las necesidades de reproducción y de ahí que lo más relevante sean los tiempos de trabajo que cubren las necesidades básicas. En este sentido es posible que debiéramos considerar también el tiempo de participación ciudadana. Si no lo hacemos es porque creemos que tiene características distintas y casi sería tema de otro estudio. Una discusión general sobre el uso y características de los distintos tiempos se puede ver en Recio 2001.

24. Esta separación del trabajo familiar doméstico en dos componentes es naturalmente una abstracción teórica, difícil de realizar en la práctica. Por una parte, no es posible señalar el tiempo que implica cada una de ellas ya que para cada persona puede ser distinto pero, por otra, a nivel individual aunque cada persona sepa qué actividades no tienen para ella sustituto de mercado, éstas tienen fronteras difusas y, por tanto, tampoco puede cuantificarse con un número exacto de horas.

El tiempo de trabajo mercantil dependerá naturalmente del desarrollo tecnológico pero también y, posiblemente en mayor medida, dependerá de otros aspectos de orden más social e institucional: de la organización laboral, de las relaciones de poder entre trabajadores(as) y empresarios(as), del papel del sector público, de las pautas sociales de consumo, de la situación socio-política general y de la cultura masculina del trabajo de mercado. Normalmente, la jornada negociada o impuesta por las relaciones laborales, es bastante rígida en el sentido de que la persona individual no puede optar por un número de horas de trabajo elegidas a voluntad, ni tampoco puede elegir la distribución de las horas a lo largo de la semana, el mes o el año. Si ha existido un cierto grado de flexibilidad, ha sido por lo general marcado desde la empresa.

El tiempo escaso, el tiempo dinero

Ahora bien, ni todos los tiempos son iguales ni son, por tanto, intercambiables. Si nos situamos en períodos anteriores a la industrialización, observamos que los tiempos de trabajo guardaban estrecha relación con los ciclos de la naturaleza y de la vida humana. Con el surgimiento y consolidación de las sociedades industriales el tiempo queda mucho más ligado a las necesidades de la producción capitalista: el trabajo remunerado no vendrá determinado por las estaciones del año (tiempo de siembra, de cosecha,...) ni por la luz solar (se podrá trabajar independientemente de si es de noche o de día). El reloj —como tiempo cronometrado— se establecerá como instrumento de regulación y control del tiempo industrial,²⁵ pero este último condicionará en parte el resto de los tiempos de vida y trabajo: la vida familiar deberá adaptarse a la jornada del trabajo remunerado.

Con el desarrollo del capitalismo, el tiempo de trabajo como fuente importante de la obtención de beneficio, es considerado un «recurso escaso» y se mercantiliza, es decir, asume la forma de dinero.²⁶ De aquí que características como la productividad o la eficiencia se conviertan en aspectos importantes en los procesos productivos, ya que significan ahorro de tiempo y, por tanto, de dinero.²⁷

25. La mercantilización y control del tiempo es un fenómeno específico de las sociedades industrializadas y en industrialización (Adams, 1999:10).

26. Distintos aspectos de la mercantilización del tiempo y su forma de dinero está muy bien tratado en Adams 1999.

27. Esta concepción del tiempo motivó los esfuerzos de hacer más «productivo» el trabajo del ama de casa (considerada improductiva) que surgieron desde el Movimiento para las Ciencias Domésticas intentando mostrar que los métodos tayloristas podían ser aplicados al trabajo doméstico.

En este proceso, la teoría neoclásica ha jugado un papel determinante. Su teoría del capital humano, considera el tiempo humano un recurso escaso por estar prefijado en la persona y un factor fundamental en la adquisición de capital humano: «el límite económico último de la riqueza no está en la escasez de bienes materiales, sino en la escasez de tiempo humano» (Schultz 1980: 642). El desarrollo económico dependerá fundamentalmente del capital humano que, a su vez, dependerá del tiempo humano. De esta manera, el valor del capital humano aparece vinculado al valor (precio) del tiempo humano, que en razón de su escasez, se convierte en un aspecto crítico en los análisis del comportamiento humano.

Es obvio que estos nuevos conceptos introducidos por la teoría del capital humano no agotan su campo de aplicación en el mercado laboral. Al tratar el concepto de «tiempo humano» desplazan su campo de acción a las actividades realizadas en el hogar. Aún más, en opinión de algunos autores, «el mayor vínculo entre familia y economía es el valor del tiempo humano». Al tomar como punto de partida el hecho de que una persona puede distribuir su tiempo en diversas actividades —de mercado, domésticas y de ocio, de acuerdo con las preferencias de las personas para maximizar su utilidad— y que ese tiempo tiene un precio, entre los factores que afectarán sus decisiones de consumo estará el coste de oportunidad del tiempo. En definitiva, desde la economía dominante se considera que el tiempo es homogéneo, tiene precio de mercado de acuerdo al «capital humano» de la persona y es asignado a nivel individual a las distintas actividades. En consecuencia, los tiempos no mercantiles se hacen invisibles y sólo pueden llegar a ser reconocidos en la medida de que sean susceptibles de tener un referente mercantil, en cuyo caso quedarán también conceptualizados como dinero.

De esta manera, el tiempo considerado «dinero» ha logrado influir notablemente nuestra cultura y nuestra vida social industrial. El conocido dicho «el tiempo es oro» refleja esta percepción. Sin embargo, a pesar de ello, hay tiempos no susceptibles de mercantilización y, por tanto, no transformables en dinero. Casos claros son los tiempos de algunos grupos de población no activa: el tiempo de juego de un niño, el tiempo de las personas ancianas o enfermas; incluso el tiempo de personas que podrían ser activas pero por alguna razón socioeconómica han sido excluidas social y/o laboralmente: mendigos, presos o personas jubiladas (anticipadas). Diríamos, en general, algo así como el tiempo de aquellas personas «cuyos activos no tienen valor de mercado».²⁸

28. Por ejemplo, personas que pueden tener «activos» como la «producción de generosidad o afecto» que al no estar valorados por el mercado, sus tiempos no son mercantilizables.

Tiempo mercantilizado, tiempo valorado

Detengámonos ahora en lo que es nuestro interés principal: el tiempo de las personas activas. En este sector de la población hay tiempos de todo tipo: mercantilizados o no mercantilizados, y dentro de estos últimos hay los susceptibles y los no susceptibles de mercantilización. Los primeros son los tiempos dedicados al trabajo remunerado y los segundos, corresponden a las cuatro categorías restantes definidas anteriormente: tiempo de necesidades personales, de ocio, de trabajo voluntario y de trabajo familiar doméstico. De estos tres últimos, al menos una parte es mercantilizable, ya sea voluntaria o involuntariamente. Por ejemplo, puede suceder que sectores de población necesiten mercantilizar su tiempo de ocio para poder subsistir, o también que sectores de población sin necesidades económicas urgentes estén dispuestos a alargar su jornada laboral por motivaciones de diverso orden: de promoción, de poder, de mayor capacidad de consumo, etc., todas ellas razones relacionadas con el dinero-poder. En cualquier caso, una parte importante del conjunto del tiempo no es mercantilizable, no puede transformarse en dinero, no todas las relaciones humanas están exclusivamente gobernadas por el tiempo-dinero: necesitamos dormir, comer, ..., y necesitamos establecer relaciones sociales y afectivas.

En el tema que nos ocupa —el tiempo dedicado al trabajo— una parte del trabajo familiar doméstico no puede ser mercantilizado desde el momento que en el desarrollo de la actividad es necesaria la implicación personal por el componente subjetivo que comentamos en páginas anteriores.²⁹ Esta actividad tiene por objetivo el cuidado de la vida y no la obtención de beneficio, como la producción capitalista. De aquí que los conceptos de eficiencia y productividad —que permiten ahorrar tiempo— pierdan en el hogar totalmente su sentido mercantil. En el hogar, más que realizar una actividad en menos tiempo, normalmente interesa que el resultado en cuanto a relaciones y afectos sea de mayor calidad. ¿Qué sentido tendría por ejemplo pretender mayor productividad al leer cuentos a una hija? ¿leer más deprisa para alcanzar a leer cuatro cuentos en vez de uno en el mismo tiempo? En cualquier caso, aunque no se puede descartar que en determinadas ocasiones al realizar una actividad en el hogar interese la rapidez, normalmente dicha situación responderá a una intensificación del tiempo motivada por razones mercantiles. Es el caso, por ejemplo, de las mujeres, que hacen doble jornada, cuyo ritmo de trabajo viene muy determinado por sus horarios laborales.

29. Como se discutió anteriormente, es la parte del trabajo doméstico que no tiene sustituto de mercado.

Ahora bien, en una sociedad capitalista regida por el objetivo de la maximización del beneficio, sólo el tiempo mercantilizado —aquel con capacidad de ser transformado en dinero— tiene reconocimiento social. Este tiempo es el dedicado a trabajo de mercado. El resto de los tiempos —en particular, los llamados «tiempos generadores de la reproducción» que incluyen los tiempos de cuidados, afectos, mantenimiento, gestión y administración doméstica, relaciones y ocio..., que no son tiempo pagado sino vivido, donado y generado³⁰ — «se constituyen en la sombra de la economía del tiempo dominante, basada en el dinero» (Adams 1999, p. 11), no tienen ningún reconocimiento y, en consecuencia, tienden a hacerse invisibles. La economía como disciplina académica ha legitimado esta situación: se ha dedicado casi exclusivamente a las actividades llamadas económicas que se realizan con tiempo mercantilizable enviando al limbo de lo no-económico a todas las restantes. En cualquier caso, lo más preocupante es que el estudio de las «actividades económicas» se realiza de forma independiente, como si fuese posible entenderlas y analizarlas al margen de las de no-mercado, como si no dependieran para su realización de ese tiempo «socialmente desvalorizado».

Además, el tiempo mercantilizado, al identificarse con el dinero, está asociado al poder, al poder del dinero. Por ejemplo, las relaciones de poder en el hogar guardan estrecha relación con la aportación de dinero a la economía familiar: hijos e hijas jóvenes sin ingresos propios y mujeres que no participan en el mercado laboral reconocen sin ninguna duda la autoridad del proveedor de ingresos monetarios.³¹ Como resultado, el dinero otorga mayor autonomía y mayor capacidad de decisión a la persona que lo gana en el mercado.³²

Del tiempo invisible al tiempo intensificado

El modelo familiar «male breadwinner» traducido a términos de tiempo se podría considerar como situación «óptima» tanto desde la ideología patriarcal como desde el objetivo capitalista: las mujeres mayoritariamente desarrollan sus actividades en un tiempo (invisible y no reconocido) —que aunque organizado en parte desde la producción mercantil— no está gobernado por criterios de mercado y los varones, liberados de obligaciones relacionadas con el cuidado de la vida, pueden poner su tiempo (visible y valorado) a disposición de las necesidades de la empresa.

30. Estas ideas desarrolladas desde el pensamiento feminista se pueden consultar en los artículos recogidos en el libro de Borderías et al. 1994, Folbre 1995, Bonke 1995, Del Re 1995, Himmelweit 1995.

31. Sin duda esta situación está reflejando la presencia de relaciones patriarcales.

32. Las nuevas perspectivas sobre el tiempo y el trabajo desarrolladas desde el feminismo han puesto de manifiesto las relaciones de poder y la desigualdad de género que se esconden detrás de la forma mercantil de valorar el tiempo.

Ahora bien, con la creciente participación femenina en el mercado de trabajo y la nula respuesta social y masculina ante este cambio de cultura y comportamiento de las mujeres, estas últimas asumirán la doble jornada y el doble trabajo desplazándose continuamente de un espacio a otro, solapando e intensificando sus tiempos de trabajo. Tiempos que vienen determinados por un lado, por las exigencias de la producción mercantil y, por otro, por los requerimientos naturales de la vida humana. Las mujeres —una vez realizadas todas las posibilidades de reducir el trabajo familiar doméstico— adaptarán de una u otra manera su tiempo de participación laboral a las necesidades del cuidado de la vida. En particular, las mujeres con personas dependientes a su cargo, desarrollarán distintas estrategias para realizar el trabajo de mercado asumiendo las necesidades de sostenimiento de la vida humana.

La habitual rigidez determinada por la empresa de los tiempos dedicados a trabajo de mercado unido a las necesidades de tiempos de cuidados, tiene como resultado que en general las mujeres intensifiquen notablemente su tiempo de trabajo total³³ y reduzcan su tiempo de ocio,³⁴ utilizado como variable de ajuste y, en casos extremos, reduzcan también el tiempo dedicado a satisfacer sus necesidades personales. Situación que se vuelve límite en las mujeres de familias monomarentales, particularmente las de rentas bajas.

En cualquier caso, las mujeres como grupo humano, supeditarán el trabajo de mercado a las necesidades —biológicas, relacionales y afectivas— planeadas por las personas del hogar o de la familia. Los varones, en cambio, continuarán con su dedicación prioritaria —y muchas veces exclusiva— al mercado. Al contrario que las mujeres, para estos últimos, el referente principal sigue siendo el trabajo remunerado, al cual ofrecen una total disponibilidad de tiempo. De esta manera, los requerimientos de cuidados directos en el hogar se convierten para los varones en una variable residual y ajustable a su objetivo principal: la actividad mercantil pública.³⁵

33. Estos procesos de intensificación del uso del tiempo guardan estrecha relación con el bienestar y calidad de vida de las personas. En los últimos años se le está prestando bastante atención por ser una situación que se ha agudizado, particularmente entre las mujeres empleadas y con rentas bajas (Floro 1995).

34. Situación que se observa en los estudios de uso del tiempo.

35. En un estudio realizado en Barcelona (Carrasco et al. 2000), se obtuvo amplia información sobre el uso del tiempo de mujeres y hombres y tipología del hogar. A modo de ejemplo, la relación entre las medias sociales de los tiempos dedicados a trabajo familiar doméstico y trabajo de mercado para las mujeres es de 1,8 en parejas sin hijos(as) y de 1,3 en parejas con hijos(as); en cambio, para los varones, los valores correspondientes son de 0,5 y 0,2 respectivamente. Pero si se observa la relación entre la media social de los tiempos dedicados a trabajo de mercado de mujeres con respecto a los varones, es de 0,64 para parejas sin hijos(as) y 0,59 para parejas con hijos(as). Aunque seguramente las diferencias son mayores para los niveles de rentas más bajos, con estos datos se constata claramente la tendencia de los varones para dedicar su tiempo a trabajo de mercado.

La situación descrita para hombres y mujeres queda perfectamente reflejada en los modelos de participación en el mercado de trabajo de cada uno de ellos o ellas. En primer lugar, la participación laboral masculina responde al modelo de U invertida: los varones se incorporan en la edad laboral y permanecen en el mercado hasta la edad de jubilación. Modelo característico del modelo familiar «male breadwinner» que sin embargo ha permanecido intacto tras la masiva entrada de las mujeres en el mercado laboral. De esta manera, los varones han continuado dedicando tiempo de trabajo sólo al mercado y han mantenido su forma de participar (modelo U invertida).

El modelo femenino, en cambio, no tiene forma de U invertida, sino que ha asumido formas distintas de acuerdo a la situación socio-histórica cultural de cada país. Tradicionalmente podía tener dos picos —o lo que es lo mismo, forma de M— lo cual representaba la incorporación de las mujeres al mercado laboral, su retirada al nacimiento del primer hijo, su reincorporación cuando el hijo(a) menor tenía edad escolar y finalmente su retiro en la edad de la jubilación. O, un pico, que representaba que después del nacimiento del primer hijo(a) las mujeres no volvían al mercado laboral. Estos modelos han ido modificando sus formas mostrando una lenta tendencia hacia la forma de U invertida. Pero en ningún caso ha llegado a ser una U invertida, ni siquiera en los países del norte de Europa con tradición más antigua de participación femenina. Y no creo que sea una cuestión de «retraso temporal». Más aún, creo que si en algún momento el modelo femenino llega a una forma de U invertida, no estará representando lo mismo que el modelo masculino, sino que estará escondiendo una forma de participación muy distinta a la de los varones: jornadas a tiempo parcial, mayor temporalidad, etcétera.

Los distintos modelos y formas de participación femenina están reflejando que la prioridad de las mujeres está puesta en otro lugar, no en el trabajo de mercado con las exigencias actuales. Lo cual no significa que las mujeres no deseen participar en el trabajo remunerado, sino que ajustan su participación a las necesidades de cuidados. Si estas últimas estuviesen resueltas de otra manera —con otra organización social y participación masculina— las mujeres podrían asumir ambos trabajos en condiciones análogas a los varones.

Las mujeres acompañan la vida

Si observamos ahora la otra cara de la moneda, la otra parte del proceso, vemos que la participación femenina en trabajo familiar doméstico sí que tiene forma de U invertida análoga a la de los varones en el mercado, pero con incorporación a edades más tempranas y sin retiro mientras las condiciones de salud lo permiten. Ahora bien, una característica importante del trabajo de cuidados es que su realización no es lineal, sino que sigue el ciclo de

vida: se intensifica notablemente cuando se cuida a personas dependientes: niñas, niños, personas ancianas o enfermas. De aquí que la intensidad de participación de las mujeres en trabajo familiar doméstico depende en parte importante de su situación en el ciclo vital: lo habitual es que aumente cuando se pasa de vivir sola a vivir en pareja, continúe aumentando cuando se tienen hijos o hijas, disminuya —aunque se mantiene elevado— cuando éstos crecen y vuelva a aumentar si se tiene la responsabilidad de una persona mayor. Y, en cualquier momento puede aumentar por alguna situación específica: enfermedad, accidente,... de alguna persona del entorno afectivo. En este sentido podemos decir que las mujeres a través de su tiempo y su trabajo acompañan la vida humana.

En cambio, la participación doméstica de los varones, además de ser absolutamente minoritaria, es bastante lineal, en el sentido de que su intensidad prácticamente no se ve afectada por el ciclo vital.³⁶ Este comportamiento responde perfectamente a la figura del «homo economicus», personaje representativo de la teoría económica que dedica todo su tiempo a actividades de mercado y no le preocupan las actividades de cuidados.³⁷ Sin embargo, el más elemental sentido común nos indica que el «homo economicus» sólo puede existir porque existen las «fémimas cuidadoras» que se hacen cargo de él, de sus hijos e hijas y de sus madres y padres.

Además, es conveniente recordar que los tiempos de cuidados directos presentan otra característica: son más rígidos en el sentido de que no se pueden agrupar: muchos de ellos exigen horarios y jornadas bastante fijas y, por tanto, presentan mayores dificultades de combinación con otras actividades. Pero esto no es ni una situación extraordinaria ni una situación que interese valorar como «buena o mala», sencillamente es una característica humana: todas y todos necesitamos ser cuidados en períodos determinados de nuestra vida.

En consecuencia, si tenemos en cuenta, por una parte, los procesos de flexibilización de la producción —definidos como una nueva racionalización

36. Según el estudio realizado en Barcelona señalado anteriormente, en los hogares unipersonales femeninos se realiza un 71% más de trabajo familiar doméstico que en los masculinos. Cuando conviven en pareja, las mujeres aumentan su TFD en un 37% en relación a cuando vivían solas y los varones mantienen las mismas horas que cuando vivían solos. Cuando pasan a tener hijos(as), como es lógico pensar, las mujeres vuelven a incrementar sus horas de TFD en un 31% en relación a cuando vivían en pareja sin hijos(as), en cambio sorprendentemente, los varones disminuyen su participación en TFD en un 27%. Aunque aceptemos márgenes de error por la recogida de datos, creo que lo que sí se puede afirmar es que como media los varones no incrementan —al menos de forma significativa en relación a las mujeres— su trabajo familiar doméstico cuando tienen hijos(as).

37. Además, el «homo economicus» representa sólo a hombres sanos en edad activa.

del tiempo— y que supuestamente beneficiarían a trabajadoras y trabajadores al permitirles un mayor poder de decisión sobre su organización laboral y familiar y, por otra, los cambios experimentados por el modelo familiar y las rigideces que exigen las tareas de cuidados, la flexibilización impuesta desde la empresa está implicando una difícil «conciliación» entre el tiempo de trabajo y los tiempos de las actividades públicas y de relaciones, particularmente para la población femenina que experimenta no sólo dificultades considerables para estructurar sus vidas, sino también una continua tensión y contradicción al solapar tiempos de dimensiones tan diferenciadas. Contradicción que repercute en la propia categoría del ser de las mujeres.

Al mantener como objetivo social prioritario la obtención de beneficio, la empresa puede imponer lo que para ella es una racionalización del tiempo y un incremento de la eficiencia, situación que para las personas trabajadoras se traduce en un serio conflicto, puestos que éstas «no operan exclusivamente en el tiempo mercantilizado, racionalizado y mecanizado del empleo industrial, sino en una complejidad de tiempos que de hecho necesitan ser sincronizados con los tiempos importantes de otras personas y con la sociedad en la que estas personas viven y trabajan» (Adams 1999: 19).

Pero esta situación no repercute de la misma manera en todas las personas. Hay diferencias importantes según el género y las características del ciclo vital de cada una. Personas jóvenes solteras encontrarán menos dificultades en organizar sus tiempos, aunque las exigencias de determinados horarios (noches, finas de semana) puede afectar a sus relaciones. Varones adultos seguramente no tendrán conflictos en compaginar horarios de trabajo, aunque la flexibilización puede afectar a su vida familiar. Finalmente, las más perjudicadas serán las mujeres que asumen responsabilidades de personas dependientes y que necesitan coordinar y sincronizar sus horarios con prácticamente todos los miembros del hogar.

Posibles escenarios futuros

Vista la esencia del conflicto, la contradicción básica entre la lógica del cuidado y la lógica del beneficio, ¿qué posibles alternativas se pueden vislumbrar? Seguramente varias. Dependerá de la fuerza, poder y voluntad política de implementar políticas que tiendan a favorecer unas u otras. En mi opinión, las distintas alternativas pueden resumirse en tres que en orden creciente de optimismo serían las siguientes:

La primera, la más pesimista, es la consolidación del modelo actual: el objetivo central sigue estando situado en la producción capitalista y la obtención

de beneficios, los hombres mantienen como actividad fundamental su participación en el mercado y las mujeres realizan ambos trabajos. En esta alternativa, las mujeres de rentas medias y altas pueden buscar soluciones privadas y aliviar su carga de trabajo adquiriendo más bienes y servicios en el mercado, cuestión que difícilmente podrán realizar las mujeres de rentas más bajas. Además, es posible que cada vez más las mujeres de rentas más elevadas traspasen parte de su trabajo familiar doméstico a mujeres (y hombres) inmigrantes de países más pobres, con lo cual el problema no se estaría solventando sino sencillamente adquiriendo dimensiones más amplias, de alguna manera, se estaría «globalizando».

La segunda alternativa trata en lo fundamental del modelo anterior pero con políticas que colaboren en determinadas tareas doméstico-familiares, lo cual atenuaría el trabajo de las mujeres. Por ejemplo, mayor número de guarderías, servicios más amplios de atención a las personas mayores o enfermas, etc. y políticas de empleo específicas para la población femenina. En este línea apuntan las llamadas políticas de conciliación. La situación socio-laboral-familiar de las mujeres dependería de los recursos destinados a este tipo de políticas.

Finalmente, la alternativa más optimista plantea un cambio de paradigma que signifique mirar, entender e interpretar el mundo desde la perspectiva de la reproducción y la sostenibilidad de la vida. Aceptar que el interés debe situarse en el cuidado de las personas, significa desplazar el centro de atención desde lo público mercantil hacia la vida humana, reconociendo en este proceso la actividad de cuidados realizada fundamentalmente por las mujeres.

Cambiar el centro de nuestros objetivos sociales, nos cambia la visión del mundo: la lógica de la cultura del beneficio quedaría bajo la lógica de la cultura del cuidado. Dos lógicas tan contradictorias no se pueden «conciliar», no se puede establecer un consenso o una complementariedad. Necesariamente deben establecerse prioridades:³⁸ o la sociedad se organiza teniendo como referencia las exigencias de los tiempos de cuidados o se organiza bajo las exigencias de los tiempos de la producción capitalista.

Desde esta perspectiva por ejemplo las políticas actuales de «conciliación» de la vida familiar y laboral pierden sentido ya que no abordan el problema de fondo sino que plantean mínimos ajustes pero manteniendo como objetivo central la obtención de beneficio. Es decir, los tiempos de cuidados deben

38. Que indudablemente dependerán del poder de negociación de los distintos actores sociales.

seguir ajustándose a los tiempos de la producción capitalista. Además, dichas políticas —aunque no se haga explícito— están dirigidas fundamentalmente a las mujeres, cuando son mayoritariamente los varones quienes aún «no concilian» sus tiempos y sus actividades. De hecho, las mujeres hemos estado siempre en una práctica continua de «conciliación» sin necesidad de leyes o políticas particulares. Es posible que una ley de «conciliación de trabajo familiar y mercantil» dirigida específicamente a los varones pudiera constituir una forma exitosa de dar visibilidad y reconocimiento al trabajo familiar doméstico.³⁹

Si optamos por la vida humana —como es nuestra propuesta— entonces habría que organizar la sociedad siguiendo el modelo femenino de trabajo de cuidados: una forma discontinua de participar en el trabajo familiar que dependerá del ciclo vital de cada persona, mujer u hombre. Los horarios y jornadas laborales tendrían que irse adaptando a las jornadas domésticas necesarias y no al revés como se hace actualmente. Los tiempos mercantiles tendrían que flexibilizarse pero para adaptarse a las necesidades humanas. El resultado sería una creciente valoración del tiempo no mercantilizado, lo cual colaboraría a que el sector masculino de la población disminuyera sus horas dedicadas al mercado y fuera asumiendo su parte de responsabilidad en las tareas de cuidados directos. De esta manera se podría lograr la «igualdad» entre mujeres y hombres porque estos últimos estarían imitando a las primeras participando de forma similar en lo que son las actividades básicas de la vida. Paralelamente, la participación laboral de unos y otras se iría homogeneizando. Finalmente, el papel de las políticas públicas sería crear las condiciones para que todo este proceso pudiese efectivamente desarrollarse.

Situación distinta es la que se plantea actualmente desde las «políticas de igualdad» en que se supone que las mujeres deben igualarse a los varones en el modelo masculino de empleo y en el uso del tiempo. Huelga decir que esta «igualación» sólo podría ser asumida por una minoría de mujeres de elevada cualificación y nivel de renta.

No se trata, por tanto, sólo de un cambio en los tiempos de trabajo ni del reparto del empleo; la propuesta va mucho más allá de un asunto de «horas». De aquí que es fundamental, en primer lugar, reconocer que existen tiempos

39. Otro ejemplo de actitudes o políticas que desde esta perspectiva no serían aceptables es la insistencia desde el discurso oficial de un futuro con supuesta escasez de mano de obra para el trabajo asalariado y no se haga mención a la «escasez de mano de obra para trabajos de cuidados», que en principio sería un problema más grave en una población envejecida.

—de reproducción y de regeneración— que han sido invisibilizados por el tiempo-dinero, que se desarrollan en otro contexto que el tiempo mercantil y, por tanto, no pueden ser evaluados mediante criterios de mercado basados en la idea de un «recurso escaso». Que dichos tiempos son fundamentales para el desarrollo humano y que el reto de la sociedad es articular los demás tiempos sociales en torno a ellos. Mientras se ignoren estos tiempos que caen fuera de la hegemonía del tiempo mercantilizado será imposible el estudio de las interrelaciones entre los distintos tiempos y la consideración del conjunto de la vida de las personas como un todo. En consecuencia, la propuesta implica considerar la complejidad de la vida diaria, los distintos tiempos que la configuran, las relaciones entre unos y otros, las tensiones que se generan, para intentar gestionarla en su globalidad teniendo como objetivo fundamental la vida humana.

Aunque el objetivo se plantee a largo plazo, permite ir pensando en medidas a más corto plazo que apunten en la dirección señalada. La experiencia de trabajo de las mujeres nos enseña que la situación de cada persona guarda estrecha relación con su ciclo vital. Por tanto, no tiene mucho sentido pensar en políticas generales que afecten a toda la población por igual. Es necesario ir experimentando distintas alternativas de organización y diversificación de los horarios, las jornadas, los tiempos libres, etc., en cada situación específica, siempre bajo la idea del objetivo final señalado. Se trata, en definitiva, de acabar con la organización social y los roles de mujeres y hombres heredados de la revolución industrial.

Somos conscientes de estar planteando una verdadera «revolución», un cambio absoluto de nuestra concepción del mundo. Sin embargo, me parece que hoy es la única utopía posible: apostar a fondo por el sostenimiento de la vida humana.

Bibliografía

- ADAMS, B. (1999): «Cuando el tiempo es dinero», *Sociología del Trabajo, nueva época*, 37, otoño.
- ALONSO, L.E. (1999): *Trabajo y ciudadanía*, Trotta.
- ARENDT, H. (1998): *La condición humana*, Paidós, (e.o.1958)
- BEVERIDGE, W.H. (1944): *Report on Full Employment in a Free Society*, White Paper, London.
- BONKE, J. (1995): «Los conceptos de trabajo y de cuidado y atención: una perspectiva económica», *Política y Sociedad*, 19.

- BORDERÍAS, C., CARRASCO, C., ALEMANY, C (1994): *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Icaria.
- BOSCH, A., AMOROSO, M.I., FERNÁNDEZ, H. (2001): *Arreladas a la terra* (de próxima publicación).
- CARRASCO, C. (1991): *El trabajo doméstico. Un análisis económico*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Colección Tesis Doctorales, Madrid.
- ALABART, A., ARAGAY, J y OVEJERO, F. (1991): «El trabajo doméstico y la reproducción social», Instituto de la Mujer, Serie estudios, nº 28, Madrid.
- (1998): «Género y valoración social: la discusión sobre la cuantificación del trabajo de las mujeres», *mientras tanto*, nº 71.
- ALABART, A, MAYORDOMO, M y MONTAGUT, T. (1997): *Mujeres, trabajos y políticas sociales: una aproximación al caso español*, Instituto de la Mujer, Serie Estudios, nº 51, Madrid.
- ALABART, A, DOMÍNGUEZ, M y MAYORDOMO, M. (2000): *Medición y valoración del trabajo familiar doméstico. Propuesta de una EPA alternativa*, Informe no publicado, Instituto de la Mujer.
- CHAYANOV, A. (1925): *La organización de la unidad doméstica campesina*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.
- DEL RE, A. (1995): «Tiempo del trabajo asalariado y tiempo del trabajo de reproducción», *Política y Sociedad*, 19.
- DOYAL, L. Y GOUGH, I.: *Teoría de las necesidades humanas*, Icaria, Barcelona, 1994.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Edicions Alfons el Magnànim, Valencia, 1993.
- (1999): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Ariel, Barcelona, 2000.
- FLORO, M.S.(1995): «Women's Well-Being, Poverty and Work Intensity», *Feminist Economics*, 1(3).
- FOLBRE, N. (1995): «Holding Hands at Midnight: The Paradox of Caring Labor», *Feminist Economics*, vol. 1(1).
- GARDINER, J. (2000): «Rethinking self-sufficiency: employment, families and welfare», *Cambridge Journal of Economics*, 24.
- GOLDSCHMIDT-CLERMONT, L. y PAGNOSSIN-ALJGISAKIS, E. (1996): «Measures of Unrecorded Economic Activities In Fourteen Countries», en *Background Papers, Human Development Report 1995*, New York.Himmelweit, S. (1995): «The Discovery of «Unpaid Work»: The Social Consequences of the Expansion of «Work», *Feminist Economics*, 1(2).

- HUMPHRIES, J. y RUBERY, J. (1984): «La autonomía relativa de la reproducción social: su relación con el sistema de producción» en Borderías et al. 1994.
- IZQUIERDO, M.J. (1998): *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cátedra.
- KRIEDTE, P., MEDICK, H y SCHLUMBOHM, J. (1977): *Industrialización antes de la industrialización*, Crítica, Barcelona, 1977.
- MEILLASSOUX, C. (1975): *Mujeres, graneros y capitales*, Siglo XXI, México, 1978.
- PATEMAN, C. *El contrato sexual*, Anthropos, 1995.
- PICCHIO, A. (1992): *Social Reproduction: the Political Economy of the Labour Market*, Cambridge University Press, Cambridge.
- (1994): «El trabajo de reproducción, tema central en el análisis del mercado laboral» en Borderías et al.
- (1999a): «Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social» en Carrasco, C. (ed.), *Mujeres y economía*, Icaria.
- (1999b): «Introducción» en *Lavoro non pagato e condizioni di vita*, Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Italia.
- RECIO, A. (2001): «La jornada laboral: una cuestión multiforme» (en prensa).
- SCHAFFER, D. (1995): «La producción doméstica en Alemania: conceptos y planes para un sistema de contabilidad satélite», *Política y Sociedad*, 19.
- SCHULTZ, T.W. (1980): «Nobel Lecture: The Economics of Being Poor», *Journal of Political Economy*, 88 (4), agosto.
- SZALAI, A. (1972) (ed.): *The use of time: daily activities in urban and suburban populations in twelve countries*, Mouton The Hague.

SALUD Y GÉNERO

Lucía Artacoiz
Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona

Salud y género¹
Lucía Artazcoz
Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona

Confidencial (en prensa)

La correspondencia debe ser enviada a:

Lucía Artazcoz Lazcano

Institut Municipal de la Salut

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona.

Teléfono: 93 238 45 65; Fax: 93 217 31 97; e-mail: lartazco@imsb.bcn.es

Resumen

Objetivos: Presentar la evidencia existente sobre las desigualdades de género en salud, analizar las limitaciones del abordaje de investigación clásico y profundizar en las desigualdades de género en salud derivadas de la combinación de la vida laboral y familiar, haciendo especial hincapié en la situación en España.

Evidencia sobre las desigualdades de género en salud. Aunque la investigación sobre las desigualdades de género en salud se ha centrado fundamentalmente en los problemas de salud de las mujeres derivados de sus desfavorables posiciones sociales, emerge ahora la preocupación por los efectos negativos del género en la salud de los hombres.

Limitaciones de la investigación clásica sobre las desigualdades de género en salud. Debe hacerse un esfuerzo por desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad.

Combinación de la vida laboral y familiar y estado de salud. La incorporación de las mujeres al mercado laboral no se ha visto acompañada por una redistribución de las tareas domésticas entre los dos sexos. Estudios recientes en España muestran el efecto negativo de la doble jornada en la salud de las mujeres ocupadas.

Summary

Objectives: To present the evidence about gender inequalities in health; to analyze the limitations of the classic gender research; and to go in depth in gender inequalities in health derived from the combination of job and family, focusing on the Spanish situation.

Evidence about gender inequalities in health: Although the research on gender inequalities in health has focused on female's health problems related to their unfavorable social positions, a new concern has recently emerged about the negative effects of gender in male's health.

Limitations of the traditional research on gender inequalities. An effort should be made in order to develop theoretical models sensitive to the structural dimensions of gender relations if we want to fully understand the complexity of gender patterns of health and illness.

Combination of job and family and health status. The entrance of women in the labor market has not been paralleled with a higher involvement of men in family responsibilities. Recent studies carried out in Spain show the negative effect of the double burden in female workers'.

¹ Artículo publicado en la Revista "Documentación Social", 2002

Evidencias sobre las desigualdades de género en salud

Salud y género, ¿es cosa de mujeres?

Hasta hace aproximadamente 25 años la investigación sobre la salud de las mujeres era muy escasa. Se asumía que, a excepción de los trastornos de salud relacionados con la reproducción, los problemas de salud de las mujeres, sus necesidades y soluciones eran esencialmente los mismos que los de los hombres. Estudios realizados en las tres últimas décadas ponen de manifiesto sin embargo cómo las diferentes posiciones sociales de hombres y mujeres determinan en gran medida un exceso de morbilidad femenina.^{1 2 3} Pese a que en ocasiones se ha atribuido este hecho a las diferencias biológicas entre ambos sexos, el distinto comportamiento en el uso de servicios sanitarios o en la verbalización de los problemas de salud, cada vez parece más claro que el peor estado de salud de las mujeres se explica en buena parte por unos roles sociales determinados por el sexo, más desfavorables para ellas.⁴

No obstante, a pesar de que los hombres tienen la mayor parte de los determinantes sociales a su favor, ellos tienen tasas de mortalidad más altas para las 15 primeras causas⁵ y su esperanza de vida es aproximadamente siete años más corta que la de las mujeres. Padecen con más frecuencia problemas de salud potencialmente mortales como trastornos cardíacos, diabetes, alcoholismo, úlceras duodenales o cáncer de pulmón, mientras las mujeres tienen una mayor incidencia de trastornos depresivos, de la alimentación y musculoesqueléticos, trastornos que no matan pero que no dejan vivir.⁶

Frente a la línea tradicional de investigación de las desigualdades de género en salud que pone el acento en las posiciones sociales desfavorables de las mujeres y su impacto en la salud, recientemente ha emergido la preocupación por el efecto del género, de la masculinidad, en el estado de salud de los hombres.^{7 8} Entender la paradoja de la mayor longevidad de las mujeres y el mejor estado de salud de los hombres requiere una mejor comprensión del impacto del sexo y del género en la salud, lo que facilitará el desarrollo de políticas adaptadas a las necesidades de hombres y de mujeres.

Diferencias biológicas entre hombres y mujeres y salud

Las diferencias en los sistemas reproductivos de hombres y mujeres son parcialmente responsables de las desigualdades en salud entre los dos sexos. La mejora de los servicios de planificación familiar y de asistencia obstétrica ha tenido una gran repercusión en la salud de las mujeres, si bien, todavía en nuestros días, alrededor de medio millón de mujeres continúan muriendo como consecuencia directa del embarazo y el parto, y un número 10 veces superior queda con serias secuelas.⁹

No obstante, las diferencias biológicas entre ambos sexos van más allá de las reproductivas. Un amplio abanico de diferencias genéticas, hormonales y metabólicas juegan un papel importante en los distintos patrones de morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres. Enfermedades específicas de cada sexo como los cánceres de cuello uterino o de próstata son el ejemplo más obvio. Pero existen también diferencias de sexo en la vulnerabilidad, síntomas y pronóstico de varios problemas de salud como el SIDA, la tuberculosis, las enfermedades autoinmunes o la enfermedad coronaria, entre otros.⁶ Una de las más importantes diferencias de sexo en salud es la mayor propensión biológica de los hombres a padecer problemas cardíacos en edades jóvenes.

Evidentemente, si los servicios sanitarios quieren atender con éxito las necesidades de salud de hombres y mujeres deben tener en cuenta estas diferencias de sexo en la planificación y

provisión de asistencia sanitaria. Pero las diferencias biológicas sólo explican parte de los diferentes patrones de salud y enfermedad de hombres y de mujeres. Un estudio reciente documentaba que no existe ninguna sociedad en que las mujeres sean tratadas igual que los hombres, lo que inevitablemente se traduce en que los determinantes sociales de la salud de hombres y mujeres son distintos.¹⁰ Estas diferencias de género socialmente construidas son también importantes determinantes del estado de salud de unas y otros.

Limitaciones de la investigación clásica sobre las desigualdades de género en salud

Existe una amplia literatura sobre la relación entre las divisiones de género y el estado de salud de las mujeres pero a pesar de tres décadas de investigación sobre las desigualdades de género en salud, queda aún mucho camino por recorrer, muchos puntos por aclarar, en la comprensión de las desigualdades de género en salud.

Los determinantes sociales de la salud de hombres y mujeres han sido analizados desde perspectivas diferentes. Mientras en los primeros la investigación se ha centrado en las diferencias relacionadas con la clase social, habitualmente medida a través de la ocupación, en las mujeres el análisis se ha basado en un marco dominado por los roles – esposa, madre y trabajadora -, en el que los papeles familiares se han considerado centrales y el empleo un rol adicional.

¿Análisis de género o análisis de las mujeres?

Una de las debilidades de la investigación de género tradicional, es que en realidad en muchos casos se ha tratado del análisis de la situación de las mujeres, de modo que poco se sabe sobre el efecto de los roles familiares en la salud de los hombres o sobre las diferencias de género en los determinantes sociales de la salud.

La insuficiente caracterización de los roles sociales

Muchos estudios han documentado un mejor estado de salud en las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa, lo que se ha interpretado en términos de un efecto beneficioso de la ocupación de diferentes roles que podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar: cuando existen problemas en uno de ellos es sustituido por el otro. No obstante, parece razonable pensar que el análisis debe ir más allá de la conclusión de que para mejorar el estado de salud de las mujeres basta con darles algo más que hacer. De hecho algunos estudios apoyan la hipótesis contraria, la del conflicto de rol: la ocupación de varios roles tiene efectos negativos sobre la salud de las mujeres, tanto por la sobrecarga que supone como por la dificultad para compaginarlos.¹¹

Los resultados contradictorios en la literatura de roles son debidos en gran medida a la insuficiente caracterización de cada uno de los roles, así como a la falta de consideración de posibles interacciones entre ellos. En algunos casos se considera únicamente el número de roles y en otros el tipo de rol, pero sin profundizar en el significado de cada uno de ellos.

El trabajo remunerado y el estado de salud

La situación laboral se conceptualiza con frecuencia como una variable dicotómica – tener un trabajo remunerado frente a no tenerlo – sin distinguir entre las personas que están en desempleo y las que son amas de casa. No se ha profundizado suficientemente en las características del trabajo remunerado. Obviamente no es lo mismo trabajar en una ocupación muy cualificada que hacerlo, por ejemplo, como mujer de la limpieza. Mientras la primera situación puede ser fuente de satisfacción, la segunda puede serlo de riesgos para la salud.

En cuanto a las personas que no tienen un trabajo remunerado, se han estudiado muy poco las posibles diferencias de género en el impacto del paro sobre el estado de salud y de hecho muchos estudios sobre desempleo y salud han incluido sólo hombres.^{12 13} Frente a la escasez de estudios sobre la influencia del paro en el estado de salud de las mujeres, hay una amplia literatura que documenta un mejor estado de salud de las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa, cosa que se explica por el hecho de que los diferentes roles podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar y por el efecto beneficioso del trabajo remunerado que proporcionaría independencia económica, una red de relaciones sociales, satisfacción por el propio trabajo o sentido de control sobre la propia vida.¹¹ Pero, ¿hasta qué punto este efecto positivo es universal?

Las dificultades para combinar la vida laboral y familiar bien pueden neutralizar estos posibles beneficios que, en cualquier caso, serían muy dudosos en el caso de trabajos poco cualificados en situaciones de precariedad. Algunos estudios muestran que los efectos positivos del trabajo remunerado se limitan a las mujeres con pocas responsabilidades familiares. Bartley y col.¹⁴ observaban que mientras las mujeres con trabajo a tiempo completo tenían mejor estado de salud que las amas de casa, se producía el efecto contrario en las trabajadoras con hijos. Las madres ocupadas a tiempo completo tenían peor estado de salud que las que trabajaban a tiempo parcial o que las que no estaban ocupadas. En otro estudio, las mujeres ocupadas, a tiempo parcial o completo, tenían mejor estado de salud que las amas de casa, aunque el trabajo a tiempo parcial parecía ser más beneficioso.¹⁵ En un estudio realizado en población representativa de Catalunya (1190 mujeres ocupadas y 1675 amas de casa, casadas o que vivían en pareja), las mujeres ocupadas tenían peor estado de salud percibido y más limitación crónica de la actividad que las amas de casa, pero no se observaban diferencias en el estado de salud mental e incluso entre las mujeres de mejor posición socioeconómica las amas de casa tenían menos trastornos crónicos que las trabajadoras.¹⁶

Puesto que la mayoría de los estudios que comparan el estado de salud de mujeres ocupadas y amas de casa son de naturaleza transversal, debe tenerse en cuenta la existencia de un posible sesgo de selección. Entre las amas de casa, hay mujeres que no han entrado en el mercado laboral o lo han abandonado por motivos de salud. Este sesgo, cuya magnitud probablemente es superior en los países con mayor presencia de mujeres, en el mercado de trabajo – en otros más tradicionales la opción de ser ama de casa puede no estar relacionada con problemas de salud – debería tenerse en cuenta con mayor seriedad.

Faltos de un marco teórico consistente, muchos estudios sencillamente analizan en poblaciones generales las diferencias en el estado de salud entre amas de casa y mujeres ocupadas, sin tener en cuenta que mientras la mayoría de las primeras son responsables de la unidad familiar, las segundas constituyen un grupo heterogéneo en el que se mezclan desde hijas que viven con sus padres sin prácticamente exigencias familiares, mujeres que viven solas y otras que, viviendo en pareja, deben hacer frente a la “doble jornada”. Dado que lo que realmente se pretende es comprobar si la ocupación supone un beneficio para las mujeres, deben controlarse variables de confusión como el estado de convivencia, con el que la situación laboral está estrechamente asociada, esto es, restringir el análisis a mujeres casadas o que viven en pareja, en las que se compara el efecto de la situación laboral.

Las características de los roles familiares

Los roles familiares deben ser analizados también en mayor profundidad. Con frecuencia la maternidad o paternidad se han conceptualizado como convivir con hijos o no, o hacerlo con hijos por debajo de una edad determinada, pero es bien distinto convivir con un hijo o hija de 12 años, que con tres criaturas pequeñas, por ejemplo. Debería tenerse en cuenta también la convivencia con personas mayores o con discapacitados.

La clase social

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de las desigualdades de género en salud es la clase social, dimensión transversal a los tres roles analizados habitualmente. Las desigualdades de género en los ingresos económicos exponen a más mujeres que hombres a situaciones de pobreza. Por otro lado, se ha documentado que las desigualdades en salud relacionadas con la clase social ocupacional son más pronunciadas en los hombres, cosa que se explica por el papel central que el trabajo remunerado tiene en la vida de los varones, mientras en las mujeres, aun estando empleadas, las responsabilidades familiares juegan un rol igualmente importante.¹⁷

La interacción entre determinantes sociales

Además de la mejor caracterización de cada uno de los roles y de la consideración de la clase social, es fundamental también tener en cuenta las interacciones entre el género y las diferentes dimensiones sociales: la situación laboral, el estado civil o de convivencia, la maternidad o paternidad y la clase social. ¿Es lo mismo ser madre de dos criaturas y ama de casa que ser madre de dos criaturas y además realizar un trabajo remunerado? Probablemente no. En el estudio de mujeres ocupadas y amas de casa antes mencionado,¹⁶ mientras las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar y la convivencia con hijos o hijas menores de 15 años representaban un factor de riesgo para las mujeres ocupadas de clases sociales desfavorecidas, no lo eran para las amas de casa, e incluso convivir con criaturas o con mayores de 65 años tenía un efecto protector sobre el estado de salud mental de las amas de casa de clases privilegiadas. Resultados así, ponen de manifiesto la interacción entre los roles familiares, la situación laboral y la clase social.

Se ha documentado el efecto positivo del matrimonio o la convivencia en pareja para la salud de los hombres pero no para la de las mujeres.^{18 19 20} Considerando de nuevo una posible interacción, ¿hasta qué punto estar casado o vivir en pareja puede tener un efecto beneficioso en hombres en situación de desempleo? En un estudio reciente sobre población activa representativa de Catalunya, entre los hombres parados de clases manuales el estado de salud mental era peor entre los casados o que vivían en pareja que entre los solteros, mientras no se apreciaba asociación entre el estado civil y la salud mental en parados de clases más favorecidas. Además en las mujeres casadas el paro tenía menos impacto sobre la salud mental que entre las solteras.²¹ Estos resultados muestran, una vez más, la necesidad de considerar la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social.

Emslie²² subraya que muchos estudios sobre género y salud han analizado poblaciones generales pero dado que las divisiones de género son tan marcadas en la sociedad contemporánea, las comparaciones entre hombres y mujeres pueden ser confundidas por comparaciones con otros ejes de diferenciación social como el empleo y los roles familiares. Más aún, el efecto de los roles familiares puede depender de la situación laboral, del estado de convivencia y de la clase social. Por esta razón, el análisis de las desigualdades de género en salud debería considerar la restricción de las poblaciones de estudio según algún eje social de

interés, con el fin de evitar analizar un número excesivamente elevado de interacciones que dificultaría la interpretación de los resultados.

Los indicadores de salud

Además de las limitaciones ya expuestas, los indicadores de salud utilizados en el estudio de las desigualdades de género merecen una reflexión adicional. Se han analizado indicadores muy diferentes, en algunos casos de difícil interpretación. Por ejemplo, uno de los más usados, la limitación crónica de la actividad habitual por motivos de salud,² depende, no sólo de la existencia y gravedad del trastorno de salud, sino también de cuál es la actividad habitual, de modo que obviamente será más prevalente en las personas que necesitan realizar mayor actividad. Por otro lado, muchos estudios analizan un solo indicador de salud,²³ cuando se ha documentado un diferente comportamiento de los determinantes sociales de la salud según el indicador analizado.²⁴

El género y la salud de los hombres

Hasta ahora se ha prestado muy poca atención al impacto del género sobre el estado de salud de los hombres pero la situación está cambiando a medida que crece la evidencia de la relación entre la masculinidad y el estado de salud. En párrafos anteriores se describía entre los hombres parados de clases sociales desfavorecidas el efecto negativo de estar casado o vivir en pareja sobre la salud mental, cosa que se explica por el papel de principal proveedor de recursos del hogar asignado tradicionalmente al hombre.

A través de las culturas, la identidad masculina se caracteriza por la toma de riesgos para la salud.¹⁰ Por ejemplo, en el mercado laboral actual los hombres trabajan en las ocupaciones con mayor riesgo de accidentes. Pero además de estos riesgos asociados a la actividad laboral, las normas de comportamiento masculino implican riesgos para la salud. Los hombres tienen mayor mortalidad por accidentes de tráfico o deportivos y, si bien los patrones de género están cambiando, en la mayoría de las sociedades los hombres fuman y beben más alcohol que las mujeres, lo que incrementa su riesgo de padecer trastornos cardíacos o cánceres que pueden conducirlos a una muerte prematura.

Además las implicaciones de la masculinidad para la salud mental están recibiendo creciente atención. La necesidad de ser "duro", por ejemplo, hace que muchos varones no desarrollen su potencial emocional o se nieguen a reconocer sus debilidades, lo que se puede traducir en no usar los servicios sanitarios cuando los necesitan o no prestar atención a los mensajes de promoción de la salud.²⁵

La combinación de la vida laboral y familiar y el estado de salud

Por la preocupación creciente que suscita, se dedica este apartado al análisis de las desigualdades de género en salud asociadas a la combinación de la vida laboral y familiar.

Una de las grandes revoluciones sociales de la segunda mitad del siglo XX ha sido el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo, tanto por las modificaciones en la composición del mercado laboral como por la introducción de un debate muy vivo sobre los roles y responsabilidades de unos y otras en el ámbito doméstico. Las mujeres han dejado de orientarse preferentemente hacia la vida en pareja y han comenzado a hacerlo hacia el mercado laboral. Este cambio ha comportado importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principales esferas en las que hasta hace poco se dividía de manera rígida la vida social: el trabajo remunerado y la vida familiar.

Como se aprecia en la figura 1, España es, tras Italia y Grecia, el país de la Unión Europea con menor tasa de actividad femenina. Pero, ni en España ni en otros países de la Unión Europea (UE) con actitudes menos tradicionales en relación con el papel de la mujer, la irrupción de la mujer en el mercado laboral se ha visto acompañada por una redistribución equitativa del trabajo doméstico. La reciente Encuesta de Salud de Barcelona²⁶ ilustra esta afirmación. Entre los trabajadores y trabajadoras de 25 a 64 años, casados o que viven en pareja, la dedicación media semanal al trabajo doméstico en mujeres es de 20,1 horas (D.E.=10,9), más del doble que en los hombres (media=8,0; D.E.=7,7). Además, mientras en los hombres no existen diferencias según la clase social, las mujeres de clases más desfavorecidas, son las que trabajan más horas en casa. Si las de clase I, las más privilegiadas, dedican al trabajo doméstico una media de 17,1 horas semanales (D.E.=10,0), la media, en las de clase V es de 26,0 (D.E.=13,0).

Además de la corresponsabilidad en el trabajo del hogar, otras estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar son el trabajo a tiempo parcial o la utilización de recursos comunitarios para el cuidado del hogar como las guarderías, los servicios de atención domiciliaria o las residencias de ancianos.

Como se observa en la figura 2, España es uno de los países con menor proporción de mujeres trabajando a tiempo parcial.²⁷ Aunque esta modalidad de empleo se considera a menudo una de las soluciones más efectivas a corto plazo para combinar el trabajo doméstico y el remunerado, en la medida en que continúa siendo una alternativa casi exclusiva para las mujeres, a medio y largo plazo tiene otros efectos no deseados como la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación, calculada según la base de cotización a la Seguridad Social, o la disminución de la presencia de las mujeres en la vida pública y por tanto en los ámbitos de toma de decisiones, lo que se traduce en que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos. Además se han documentado peores condiciones de trabajo en los empleos a tiempo parcial.²⁸

Los recursos comunitarios para la atención infantil varían mucho entre los diferentes países europeos lo que depende, entre otras razones, de las creencias de la sociedad sobre la conveniencia de que en los primeros años de vida de las criaturas sea la madre la encargada de atenderlas, cosa que se asocia con la idea de que las madres con hijos o hijas pequeños no deberían trabajar fuera de casa. Este punto de vista incluso podría convertirse en un incentivo para el desarrollo de programas de excedencias parentales.²⁹ Como se aprecia en la tabla 1, los países con mayor cobertura en la educación preescolar son Francia, Bélgica y la antigua Alemania oriental. No obstante, Dinamarca y Suecia están más avanzados en la atención a la primera infancia.

En España, los índices de escolarización para niños y niñas de 3 a 6 años son aceptables en términos comparativos, pero la oferta para los menores de esa edad, los que mayor carga de trabajo suponen, es muy escasa. Y es que en nuestro país las políticas de desarrollo de la educación infantil no se han concebido para que los padres (fundamentalmente las madres) puedan compaginar las responsabilidades profesionales y familiares en el marco de las políticas de igualdad de oportunidades para las mujeres.

El periodo de 0 a 6 años de edad está comprendido dentro del ámbito del sistema educativo, tiene carácter voluntario y se divide en dos ciclos: el primero, hasta los tres años de edad, y el segundo hasta los 6, edad en que comienza la educación obligatoria. Así, mientras las tasas de

escolarización en centros públicos para niños y niñas de 4 a 5 años son bastante elevadas, el número de plazas para menores de tres años es muy reducido ya que el Ministerio de Educación no gestiona centros para niños de esta edad. Esto significa que la provisión de estos centros se deja en manos de las autonomías, de los ayuntamientos o de la iniciativa privada, y que se trata generalmente de servicios de pago en contraste con las ofertas en centros educativos públicos.²⁹

El escaso desarrollo de centros públicos para la atención de niños y niñas de 0 a 3 años se explica por razones políticas, pero también por la falta de demanda debida a dos razones: 1) las elevadas tasas de paro de la población femenina joven que hace que muchas madres no necesiten estos servicios y 2) la existencia de un gran número de abuelas que viven cerca del domicilio de sus hijas o nueras y cuidan las criaturas mientras las madres trabajan fuera de casa. Esta situación podría cambiar si mejora la situación del mercado laboral para las mujeres, por lo que tanto madres como abuelas en edad de trabajar podrían entrar en el mercado de trabajo.²⁹

Finalmente, el crecimiento de la población mayor de 65 años supone un nuevo reto. Si en 1960 los mayores de 65 años representaban en España el 8% de la población, en 1994, con el 15% la proporción casi se había duplicado. Aunque algunos países perciben el cuidado de los ancianos como una responsabilidad central del estado, otros, como España, Italia o Portugal, sitúan esta obligación en la familia, lo que finalmente significa en una mujer del núcleo familiar. Así se explica que España sea uno de los países europeos con menos servicios para los mayores de 65 años (tabla 2).²⁹

En un contexto en que la mujer española se incorpora de forma decidida al mercado laboral, los hombres continúan sin asumir la corresponsabilidad en el cuidado del hogar, el trabajo remunerado es habitualmente a tiempo completo, la población anciana crece y los recursos comunitarios para el cuidado de la familia son escasos, surge la preocupación por el posible efecto de la sobrecarga de trabajo y la dificultad para conciliar las responsabilidades familiares y laborales en la salud de las trabajadoras.

En España datos recientes ponen en evidencia las desigualdades de género en salud relacionadas con la asimetría en la distribución de las responsabilidades de casa. Un estudio sobre una muestra representativa de la población catalana que debe combinar vida laboral y familiar – casados o que viven en pareja – ilustra este hecho, así como la interacción entre el género, las exigencias familiares y la clase social. Mientras en hombres y en mujeres de las clases sociales más pudientes no se encontraba asociación entre el estado de salud y las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar, en trabajadoras manuales el número de personas en el hogar se asociaba con un mayor riesgo de mal estado de salud percibido, de limitación crónica de la actividad, de padecer algún trastorno crónico y de dormir seis horas o menos al día. Además, la convivencia con menores de 15 años se asociaba con menor práctica de ejercicio físico en el tiempo libre.³⁰ También en Euskadi se ha encontrado asociación entre mal estado de salud percibido y número de personas en el hogar en trabajadoras manuales, pero no en hombres ni en trabajadoras más cualificadas.³¹ Además se ha descrito en población ocupada el efecto protector para la salud de las mujeres, pero no para la de los hombres, de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas, independientemente de la edad y de la clase social.³²

Estos resultados ponen en evidencia el importante papel que puede tener la reducción de la carga de trabajo doméstico para mejorar la salud de las trabajadoras. En el contexto actual

mientras tanto, las mujeres españolas que deciden permanecer en el mercado laboral, con frecuencia tienen que renunciar a su vida familiar (España era, junto con Italia, en 1993 el país con menor tasa de fecundidad y, tras Grecia, el que había experimentado un mayor descenso en la década 1983-93). Las mujeres de clases pudientes, cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; las menos privilegiadas parece que "financian" la conciliación con su salud.

Conclusión

La investigación sobre las desigualdades de género en salud debe aumentar el esfuerzo para desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad. El análisis debería abordarse desde la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social.

Desde el punto de vista de la acción, es necesario continuar fomentando políticas de no discriminación de las mujeres pero también es urgente comenzar a intervenir sobre lo que se entiende por la educación en la "masculinidad" que expone a los hombres a comportamientos de riesgo que derivan en enfermedades y muertes evitables. Cambios de esta naturaleza, así como los relacionados con la distribución del poder en el ámbito familiar, no son fáciles porque obligan a una profunda redefinición de algunas de las áreas más íntimas del ser humano.

Referencias

- ¹ LAHELMA, Eero, ARBER, Sara. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *European Journal of Public Health* 1994, vol. 4, pp. 213-226.
- ² ARBER, Sara, LAHELMA, Eero. Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Social Science and Medicine* 1993, vol. 37, pp. 1055-1068.
- ³ POPAY, Jennie, BARTLEY, Mel, OWEN, Charlie. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Social Science and Medicine* 1993, vol 36, pp. 21-32.
- ⁴ LENNON, Mary Clare. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiologic Reviews*, 1995, pp. 120-7.
- ⁵ MATHERS, Colin, SADANA, Ritu, SALOMON, Joshua, MURRAY, Cristopher, LOPEZ Alan. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *The Lancet*, mayo 2001, vol. 323, pp. 1685-1691.
- ⁶ KRAEMER, Sebastian. The fragile male. *British Medical Journal*, diciembre 2000, pp. 1609-1612.
- ⁷ SIEGFRIED, Maryn, JADAD, Alejandro. The future of men and their health. *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, pp. 1013-1014.
- ⁸ BAKER, Peter. The international men's health movement has grown to the stage that it can start to influence international bodies. *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, pp. 1014-1015.
- ⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of in-depth review, analysis and estimation strategy. Geneva: WHO, 1995.
- ¹⁰ DOYAL, Lesley. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, pp. 1061-1063.
- ¹¹ SORENSEN, Gloria, VERBRUGGE, Lois. Women, work, and health. *Annual Review of Public Health* 1987, vol. 8, pp. 235-51.
- ¹² BARTLEY, Mel, OWEN, Charlie. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93. *British Medical Journal*, agosto 1996, 13, pp. 445-449.
- ¹³ LEINO-ARJAS, Päivi, LIIRA, Juha, MUTANEN, Perti, MALMIVAARA, Antti, MARTIKAINEN Esko. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *British Medical Journal* 1999, septiembre, vol. 319, pp. 600-605.
- ¹⁴ BARTLEY, Mel, SACKER Amanda, FIRTH, David, et al. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Social Science and Medicine* 1999, vol. 48, pp. 99-115.
- ¹⁵ BARTLEY, Mel, POPAY, Jennie, PLEWIS, Irva. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992, vol. 14, pp. 313-343.
- ¹⁶ ARTAZCOZ, Lucía, ROHLFS, Izabella, BORRELL, Carme, CORTÈS Imma. Estado de salud de las mujeres: interacción entre la situación laboral, la posición socioeconómica y las exigencias familiares. *Gaceta Sanitaria*, Octubre 2001, vol. 15, p. 35.

- ¹⁷ BARTLEY, Mel. Measuring women's social position: the importance of theory. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999, vol. 53, pp. 601-602.
- ¹⁸ ROSS, Catherine, MIROWSKY, John, GOLDSTEEN, Karen. *Journal of Marriage and the Family*, noviembre 1990, vol. 52, 1059-1078.
- ¹⁹ VERBRUGGE, Lois. Marital status and health. *Journal of Marriage and Family* 1979, vol. 41, pp. 267-85
- ²⁰ WYKE, Susan, FORD, George. Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science and Medicine* 1992, vol. 34, pp. 525-32.
- ²¹ ARTAZCOZ, Lucía, CORTÈS, Imma, BENACH, Joan, BORRELL, Carme. Desigualdades de género en salud mental: desempleo, clase social y roles familiares. *Gaceta Sanitaria*, Noviembre 2001, vol. 15, p. 52.
- ²² EMSLIE, Carol, HUNT, Kate, MACINTYRE, Sally. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine* 1999, vol. 48, pp.33-48.
- ²³ ARBER, Sara. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine* 1991, vol. 32, pp. 425-36.
- ²⁴ MACRAN, Susan, CLARKE, Linda, JOSHI, Heather. Women's health: Dimensions and differentials. *Social Science and Medicine* 1996, vol. 9, pp. 1203-16.
- ²⁵ GRIFFITHS, Sian. Men's health: Unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help. *British Medical Journal* 1996, vol 312, pp. 69-70.
- ²⁶ INSTITUT MUNICIPAL DE LA SALUT. Document Tècnic Enquesta de Salut de Barcelona. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 2001.
- ²⁷ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000. [página visitada: 5 de abril de 2002]. Accessible en URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>.
- ²⁸ MATTHEWS, Sharon, HERTZMAN, Clyde, OSTRY, Aleck, POWER, Chris. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine* 1998, vol. 46, pp. 1417-24.
- ²⁹ FLAQUER Lluís. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació la Caixa, 2000.
- ³⁰ ARTAZCOZ, Lucía, BORRELL, Carme, BENACH, Joan. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001, vol. 55, pp. 639-647.
- ³¹ ARTAZCOZ, Lucía, GARCÍA-CALVENTE, Maria del Mar, ESNAOLA, Santiago, BORRELL, Carme, SÁNCHEZ-CRUZ José Juan, RAMOS, José Luis, MERINO, Jordi y colaboradores. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. Informe SESPAS 2002 (en prensa).

³² ARTAZCOZ, Lucía, BORRELL, Carme, ROHLFS, Izabella, BENI, Carme, MONCADA, Albert, BENACH, Joan. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gaceta Sanitaria 2001, vol. 15, pp. 150-3.

INDICADORES DE SALUD DE LAS MUJERES. SALUD DIFERENCIAL
XVIII CURSOS DE VERANO DE CANTABRIA

Charo Quintana
Ginecóloga
Hospital Sierrallana

*"En gran parte es la ansiedad de ser mujer
la que devasta el cuerpo femenino"
Simone de Beauvoir*

En 1977 la OMS elaboró una estrategia denominada "Salud para todos en el año 2000". Dentro de esta estrategia se daba un gran énfasis a la lucha contra la pobreza y a conseguir la igualdad entre ambos sexos y la integración de la mujer en la sociedad, considerando que su estado de salud va inexorablemente unido a su clase social, beneficiándose de la igualdad y sufriendo con la discriminación.

Hasta entonces, el enfoque tradicional del estudio de la salud de la mujer, se limitaba prácticamente a su salud reproductiva y estaba basado en el modelo biomédico. Las políticas de salud resultantes iban dirigidas fundamentalmente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades específicas de las mujeres, embarazo y parto, anticoncepción, menopausia, cáncer ginecológico y mamario, etc. Los factores biológicos y sexuales eran identificados como las causas principales de las diferencias en los patrones de salud y enfermedad entre hombres y mujeres.

En los últimos años, sin embargo, al tratar los problemas de salud de la mujer, se tiende a adoptar una perspectiva de género. Mientras que con el término sexo nos referimos a las características biológicas que identifican a las personas como hombres o mujeres, es decir a algo inmutable, con el término género nos referimos a algo variable, a la construcción social que asigna a cada uno de los dos sexos diferentes papeles y responsabilidades sociales, transmitiendo unos valores y normas que configuran la identidad masculina y femenina. La vida de los hombres se orienta hacia el trabajo productivo, mientras que las mujeres son las principales responsables del trabajo de mantenimiento del bienestar social o trabajo reproductivo es decir trabajo de la casa, cuidado de los miembros de la familia, cuidados informales de salud, mantenimiento de las redes sociales de apoyo, etc. El conjunto de tareas realizadas por las mujeres es menos valorado socialmente que las realizadas por los hombres como lo prueba la invisibilidad del trabajo reproductivo, su falta de protección social y el que

en el mercado laboral las mujeres perciban salarios inferiores en muchos casos. Esto determina que exista una asimetría de poder con una relación de dominación de las mujeres por los hombres.

La perspectiva de género intenta que se tenga en cuenta el papel crítico que las condiciones sociales, culturales y las relaciones de poder entre hombre y mujer desempeñan en la protección y promoción o en el menoscabo de la salud. Considera que la salud de los seres humanos está determinada por factores biológicos, constitucionales, genéticos, endocrinos y por factores ambientales, pero también por sus condiciones de vida y de trabajo, por el papel que la sociedad les otorga, por su perfil psicológico, sus actitudes, valores y creencias y por los servicios de protección social y sanitarios que la sociedad les presta. Además, cree que las diferencias biológicas y psicológicas existentes entre hombres y mujeres pueden condicionar diferentes consecuencias sobre la salud ante iguales factores de riesgo. El propósito del análisis según el género es identificar, analizar y actuar sobre las desigualdades en salud que surgen por el hecho de la desigual relación de poder entre hombres y mujeres.

Indicadores básicos como la mortalidad o la esperanza de vida al nacimiento, investigaciones epidemiológicas, estudios de salud ocupacional, registros de la utilización de servicios sanitarios, encuestas sobre calidad de vida, etc., demuestran de manera inequívoca diferencias en el estado de salud de hombres y mujeres, más allá de las diferencias reproductivas. La reproducción proporciona a la mujer riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio y el complejo sistema reproductivo incrementa el riesgo de problemas específicos, como cáncer de mama y problemas ginecológicos. Pero, a pesar de ello, las mujeres son más longevas que los hombres, aunque padecen a lo largo de toda la vida trastornos de salud que no matan pero que empeoran su calidad de vida. Es decir, las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades, con muchas más enfermedades crónicas que los hombres. Los indicadores de salud básicos reflejan con claridad estas diferencias.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD GENERAL

La mujer española ha experimentado en las últimas décadas un descenso muy importante de la tasa de mortalidad general, presentando, en la actualidad la tasa de mortalidad más baja de la UE y la tercera del mundo detrás de Japón e Islandia. (Eurostat 1999)

En cualquier grupo de edad la mortalidad general es mayor en varones que en mujeres. La mayor diferencia se produce en los grupos de 20 a 29 años, en los que la tasa de mortalidad en varones es tres veces superior. Para las principales causas de muerte, las tasas de mortalidad en todos los

grupos de edad son mucho más altas en varones que en mujeres. La mortalidad específica por causas también es diferente en hombres y mujeres y varían con la edad:

- En las mujeres las causas externas (accidentes de tráfico, domésticos y laborales, el suicidio, el homicidio, etc.) son la primera causa de muerte entre 1 y 24 años. Entre los 25 y los 44 años son los tumores los responsables de la mayor parte de las muertes, seguidas de las causas externas entre los 25 y 34 años y de las enfermedades del aparato circulatorio (cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares) entre los 35 y los 44 años.
- En los varones las causas externas suponen la primera causa de muerte entre 1 y 44 años, los tumores son la segunda causa de muerte entre 1 y 14 años y las enfermedades del aparato circulatorio entre los 15 y 44 años.
- A partir de los 45 años el orden de las primeras causas es similar en los dos sexos: tumores, enfermedades del aparato circulatorio y del aparato digestivo, aunque la muerte por causas externas continua siendo importante sobre todo en los varones.
- A partir de los 65 años las tres principales causas de muerte son las enfermedades circulatorias, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio.

Desde 1982 la tasa de mortalidad general ha experimentado un ligero incremento por el envejecimiento progresivo de la población española, pero también por factores que tienen que ver con políticas sociales y de salud pública. El informe Sespas 1999 (sociedad científica multidisciplinaria que integra a 3000 profesionales de todo el espectro sanitario español) afirma que el estado español incumple objetivos de la OMS: la mortalidad por tumores malignos se incrementó entre 1985 y 1995 en un 8% con especial mención del cáncer de pulmón que creció un 22%. La mortalidad por traumatismos, envenenamientos y suicidios aumentó en un 2.4% en hombres y en el 2.7% en las mujeres.

MORTALIDAD PREMATURA DIFERENTE

El estudio de la mortalidad general no nos da una idea de cuando ocurren las muertes. Las consecuencias humanas, sociales y sanitarias son muy distintas según a que edad sucedan. El indicador de los años de vida potencialmente perdidos por las muertes ocurridas antes de los 65 años es capaz de ofrecer esta información y aunque marca una tendencia descendente en ambos sexos, demuestra la prematuridad de las muertes de

los varones con relación a las mujeres. Estas diferencias son más importantes en las muertes por causas asociadas con el estilo de vida como la cardiopatía isquémica, los accidentes, la cirrosis hepática o el suicidio. En la mujer las principales causas de muerte prematura son: los tumores malignos, los accidentes, las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica y la cirrosis hepática

ESPERANZA DE VIDA AL NACER DIFERENTE

Uno de los objetivos marcados por la OMS dentro de su programa "Salud para todos en el año 2000", establecía que la esperanza de vida en la región europea debería ser al menos de 75 años. Las mujeres españolas alcanzaron dicho objetivo en 1975. Las que nacieron en 1999 tienen una esperanza de vida de 82.5 años, siendo con las suizas las mujeres con mayor esperanza de vida de Europa, sólo superadas en el mundo por las japonesas. El aumento en la esperanza de vida de los varones en España es inferior a la del conjunto de los europeos, siendo para los nacidos en 1999 de 75.3 años. La media en la UE es de 80.9 años las mujeres y 74.6 los hombres, viviendo, por tanto, las mujeres 6.3 años más.

Según la OMS, España ha ido descendiendo durante los últimos diez años en el ranking de esperanza de vida entre países de la UE, siendo hoy uno de los países con menor crecimiento de esa esperanza de vida. En realidad, el promedio de años de vida que una persona de 15 a 49 años puede esperar vivir en España ha disminuido debido al crecimiento de la tasa de mortalidad en este grupo etario. La mortalidad que afecta en mayor grado a este sector de la población, debida a accidentes laborales (Informe Sespas: más del 50% de las empresas españolas incumple aún aspectos importantes de la Ley de Salud Laboral. El Ministerio de Trabajo reconoce que, en el periodo 1992-1996, el Sistema Público de Salud gastó por esta causa entre un 2.9 y un 3% del PIB), de tráfico y al SIDA, es de las más altas de la UE. Así, España es hoy uno de los países de la OCDE con mayor mortalidad susceptible de ser prevenida.

El aumento de la esperanza de vida plantea problemas sociales y sanitarios. Por ello, el nuevo proyecto de la OMS "Salud para todos en el siglo XXI" señala que la salud y la calidad de vida de las personas mayores tienen una importancia vital tanto social como económicamente y que una de las mayores preocupaciones para el siglo XXI es posponer los efectos nocivos del incremento de la edad en las personas. El mayor número de ancianas va a plantear una grave problemática debido a que, con mayor frecuencia, sufren pobreza, soledad y enfermedades como la osteoporosis (de tres a cinco veces más frecuente que en el hombre), la diabetes, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares y los déficit visuales,

además de trastornos específicos como infecciones de orina, incontinencia urinaria y cáncer de mama.

MORBILIDAD DIFERENTE

Estos indicadores y sus resultados ventajosos para la mujer podrían hacer pensar que su salud está protegida de forma natural, pero cuando una sociedad alcanza niveles de mortalidad muy bajos, este indicador pierde sensibilidad para detectar cambios en el estado de salud, lo que es doblemente cierto para las mujeres que se caracterizan por padecer enfermedades crónicas e invalidantes pero que no conducen a una muerte inmediata. La mera supervivencia no representa un indicador completo de salud, por lo que usaremos la morbilidad que mide la incidencia o prevalencia de ciertas enfermedades o incapacidades, lo que nos permite conocer mejor el daño a la salud que padecemos. Los procedimientos más aproximados para obtener las tasas de morbilidad son las encuestas epidemiológicas poblacionales y las notificaciones de casos por los servicios de vigilancia de los sistemas de salud. Con este objetivo se han realizado en España encuestas nacionales de Salud en 1987, 1993, 95 y 97, y varias en diferentes Comunidades Autónomas.

MORBILIDAD PERCIBIDA

La mayoría de la población española percibe su salud como buena. Aproximadamente un 10% de las mujeres, fundamentalmente de edad avanzada califica su estado de salud como malo o muy malo, En todos los grupos etarios las mujeres tienen una peor percepción de su salud que los hombres.

Las enfermedades crónicas más frecuentemente reportadas por las mujeres españolas son: procesos reumáticos, cefaleas, varices, problemas psíquicos (una de cada cinco mujeres sufre una depresión mayor en su vida, mientras que en el caso de los hombres la proporción es de uno cada diez), problemas de la boca, hipertensión arterial y problemas de los pies. La patología aguda que refieren con más frecuencia consiste en: dolores óseos y de articulaciones, cefaleas, dificultad para dormir, depresión y problemas nerviosos y cansancio sin causa aparente. El dolor de huesos es la dolencia más común salvo en el grupo de las mujeres jóvenes que padece con más frecuencia dolores de cabeza.

En todos los grupos etarios la prevalencia de morbilidad crónica y aguda es mayor en las mujeres que en los varones. Las mujeres que comunican las tasas más elevadas de morbilidad son aquella con un menor nivel de educación e ingresos mensuales. Las tasas son más bajas entre la población activa de mujeres, trabajadoras o estudiantes. Esto se ha

explicado, por algunos, por el llamado "efecto saludable", los más sanos trabajan más y tienen más ingresos y por otros por un efecto protector del trabajo. De hecho, la predicción de empeoramiento de la salud mental y física de las mujeres a causa de su entrada en el mercado de trabajo no se ha confirmado. El efecto global es positivo debido a que proporciona fuentes alternativas de autoestima y satisfacción cuando hay problemas en la esfera familiar o personal y proporciona recompensas en términos de ingresos, independencia, contactos sociales etc.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DIFERENTE

Existe una marcada diferencia en el uso de los servicios sanitarios, el consumo de medicamentos y la hospitalización entre hombres y mujeres. Todos los estudios muestran que las mujeres visitan a los profesionales sanitarios con más frecuencia que los hombres, y son más persistentes en sus consultas y en el mantenimiento de los cuidados recomendados.

El consumo de medicamentos en todas las edades es superior en las mujeres.

Los ingresos hospitalarios son inferiores en las mujeres si excluimos los causados por las complicaciones del embarazo y los partos.

Las mujeres que trabajan en casa usan más la consulta médica, consumen más medicamentos y acuden más a las urgencias que las mujeres que trabajan fuera del hogar, en todas las edades laborales.

Aún no conocemos si estas diferencias en la utilización de Servicios Sanitarios se explican por la diferente morbimortalidad de las mujeres o, también por lo que pudiera ser una conducta diferencial ante la enfermedad.

En definitiva, todos los indicadores de salud y de enfermedad comentados nos hablan de una paradoja: de la ventaja de la mujer en mortalidad y la desventaja en morbilidad. Pero, **¿CÓMO PUEDE EXPLICARSE ESTA PARADOJA?**

Por ahora, no existen respuestas satisfactorias:

- Parte de la ventaja de la mujer en cuanto a mortalidad puede considerarse como biológica. Un mayor número de fetos masculinos se abortan espontáneamente o nacen muertos y la mortalidad masculina es mayor en los primeros seis meses de vida. En la vida adulta las mujeres pueden tener también cierta ventaja biológica, al menos hasta la menopausia, al estar protegidas por sus hormonas endógenas de la enfermedad coronaria.
- Las desventajas en cuanto a morbilidad requieren estudios complejos sobre las siguientes cuestiones:

1. LAS DIFERENCIAS EN LAS CONDICIONES DE VIDA DE HOMBRES Y MUJERES

- Las condiciones de trabajo son diferentes. Los hombres tienen trabajos que suelen requerir mayor esfuerzo físico, y estar expuestos a riesgos laborales clásicos, mientras las mujeres están más expuestas en el trabajo a factores productores de estrés crónico. Actualmente se consideran elementos estresantes las exigencias emocionales añadidas del trabajo que se realiza en el sector servicios, donde son mayoritarias las mujeres, las bajas categorías y escasa consideración en el lugar de trabajo, las pocas posibilidades de control y decisión sobre las condiciones del mismo, las tareas rígidas, monótonas y poco creativas, la realización de actividades para las que se está sobrecalificado, la imposibilidad de desarrollo profesional y personal y la escasa remuneración o la discriminación salarial por el mismo trabajo, elementos todos que se dan con singular frecuencia en los trabajos de las mujeres.

- Existe una segregación horizontal que concentra a las mujeres en un número de ocupaciones menor de lo que sus capacidades les permiten: Guetos femeninos en los que se realiza en general trabajos monótonos, repetitivos, con poco control sobre su propia actividad, o bien en el sector servicios.
- Existe una segregación vertical que sitúa a las mujeres en los puestos peor pagados y en los niveles más bajos de la escala jerárquica. La segregación vertical es tan importante que la OIT, en el informe elaborado para la Conferencia de la Mujer realizada en Pekín en 1995, afirmaba que si la situación evolucionaba al mismo ritmo se necesitarían, al menos, 475 años para conseguir la igualdad entre hombres y mujeres en los puestos de gestión y administración más altos. Los salarios de las mujeres son por término medio un 30% inferiores a los de los hombres por el mismo trabajo y se las discrimina en la selección y promoción. El 80% de los contratos a tiempo parcial en España son para mujeres, opción no voluntaria sino condicionada en la mayoría de los casos por las características de la oferta de trabajo y por las responsabilidades familiares a las que ha de hacer

frente la mujer, y la tasa de desempleo femenino en 2002 es la más alta de la UE, un 18.3%, siendo entre las mujeres jóvenes entre 16 y 25 años del 31%.

- Los riesgos laborales para la salud de las mujeres son en gran medida desconocidos. El verdadero riesgo de empleos tradicionalmente desarrollados por mujeres y considerados como seguros es, en realidad, desconocido porque no se ha utilizado la metodología de investigación adecuada. Por ejemplo, las mujeres han sido apartadas de trabajos en los que se mueven grandes pesos, pero una costurera que cose perneras de pantalones en una fábrica levanta al cabo de la jornada 3000 Kg, tres veces más de lo que carga al día un trabajador de una industria de plásticos que mueve grandes planchas. Además, la sobrecarga de trabajo no está sólo relacionada con los pesos, sino también con las posturas. Un ejemplo de ello serían las maestras de primaria que pasan el 80% del tiempo de pie o con la espalda doblada, o el de limpiadoras de trenes que pueden pasar hasta el 25% de su tiempo laboral a gatas o trabajando en una flexión muy prolongada. La invisibilidad de los riesgos afecta también a profesiones como enfermería, trabajo administrativo, trabajo en cadena, etc.
- Como consecuencia de la falta de políticas públicas de empleo, existe un predominio del trabajo precario y de la economía sumergida que afectan fundamentalmente a la mujer, con una progresiva feminización de la pobreza. Estas situaciones laborales tienen un impacto impresionante en la salud laboral, hasta el punto que se consideran como incompatibles con la promoción de la salud. La trabajadora en precario se ve obligada a aceptar salarios, ritmos, jornadas y riesgos que comprometen seriamente su salud. Por ello no es de extrañar que el 84% de los accidentes laborales afecten a trabajadores precarios.
- La mujer española padece jornadas interminables que según el estudio "La base del iceberg", 1999, de M^a Ángeles Durán del Consejo Superior de Investigaciones Científicas son el doble de largas que las del hombre. Sus estudios evidencian el enorme desequilibrio existente en nuestra sociedad a la hora de repartir la carga global del trabajo, para concluir: "¿Cómo podemos

conformarnos con una estructura social tan imperfecta?". La jornada de la mujer española no sólo es más larga sino que la mayor parte de la misma no se ve recompensada económicamente. En España se estima que el trabajo remunerado supone sólo el 33% del total. El resto se realiza mayoritariamente por mujeres. En el País Vasco, por ejemplo, la media de horas diarias que dedican las mujeres a preparar la comida es similar a la que suma todo el trabajo remunerado en la industria. Por eso el trabajo afirma que: "La economía española es como un iceberg porque flota gracias a los dos tercios del esfuerzo colectivo que permanece invisible". Comparativamente la mujer española es la que más tiempo dedica en la UE al cuidado de la familia, un total de 44 horas semanales, el doble, por ejemplo que la mujer danesa que dedica 22 horas. El varón español dedica 6 horas semanales, mientras el sueco dedica 22 horas.

- El 38% de las españolas (la media de la UE es del 53%) realiza trabajo asalariado y debe enfrentarse a una doble jornada o doble presencia, es decir debe compaginar el trabajo asalariado con las responsabilidades domésticas, del cuidado de los hijos, de enfermos, ancianos y dependientes sin que se hayan creado los necesarios servicios sociales, guarderías, escuelas con horarios flexibles, ayuda domiciliaria para el cuidado de enfermos, residencias de día para ancianos o incapaces, etc., ni exista la necesaria corresponsabilidad de los varones en el cuidado de la casa y la familia, lo que sin duda supone un riesgo añadido para la salud física y mental de las mujeres trabajadoras. Las limitaciones del insuficiente estado de bienestar español, con una disminución del gasto social del 24% del PIB en 1994 a un 20% en el 2000, el más bajo de la UE junto con Irlanda, en cuanto a la asistencia a niños, ancianos, jóvenes no emancipados (el 84% de los jóvenes parados de nuestro país viven con sus padres) y enfermos (el 5% de los responsables de hogar, mujeres en el 95% de los casos dedica un promedio de cinco horas diarias a cuidar un familiar enfermo y se considera que el cuidado familiar supone el 88% del volumen de trabajo dedicado al cuidado de la salud, dispensando el sistema sanitario formal sólo el 12%), son cubiertas por la mujer.
- La dedicación exclusiva al trabajo doméstico se ha revelado como especialmente estresante y relacionada con mayores niveles de depresión y adicciones, posiblemente por las condiciones de aislamiento social en que se desarrolla, las dificultades inherentes al papel de cuidadora de otras personas, la desvalorización social y

económica del trabajo reproductivo y la imposibilidad de gozar de un tiempo propio. Supone una dependencia económica total de otra persona y en consecuencia una falta de control sobre la propia vida. Hoy, sólo el 9% de las europeas y el 13% de los europeos considera que el estilo de vida ideal para la mujer es dedicarse a la casa. Dada la mayor responsabilidad de las mujeres en el ámbito doméstico, las dificultades económicas de la familia afectan más su salud que la de los hombres, traduciéndose en ansiedad, depresión y mayor susceptibilidad a las enfermedades.

- **La violencia física y sexual contra las mujeres y el acoso sexual** perjudican en gran medida la salud de las mujeres, constituyendo un riesgo y una morbilidad difícil de identificar. La violencia de género consume la energía de la mujer, compromete su salud, su autoestima y, en ocasiones, acaba con su vida. En los primeros cinco meses del año 2002, 28 mujeres habían muerto a manos de sus cónyuges según la Red de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género, frente a las 19 que recogían las cifras oficiales. En los países industrializados, la violencia doméstica y las violaciones son responsables de cerca de un 19% de las muertes de mujeres entre 15 y 44 años. Además de la muerte y de las lesiones, las consecuencias sanitarias de los actos de violencia contra las mujeres son múltiples. La violencia ocasiona invalideces, dolores crónicos y mala salud, impide el uso de métodos anticonceptivos con la consecuencia de embarazos no deseados y abortos, compromete la protección frente al VIH y otras ETS, produce resultados adversos de los embarazos, distocias del parto y muerte fetal y materna, debilita la salud mental de la mujer, ocasionando depresión, trastornos psicológicos y suicidios, conduce al abuso de alcohol y drogas, afecta a la capacidad de cuidado de los hijos y a su bienestar, dificulta la participación de la mujer en la vida laboral y en la vida pública comprometiendo su propia emancipación y el desarrollo de las naciones. Pero cuando realmente se alcanza una adecuada percepción sobre las consecuencias en términos de salud de la agresión a la mujer es cuando se compara con otros problemas de salud. En los países desarrollados la agresión a la mujer es la causa, detrás de la diabetes, que está produciendo más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas, por delante de las alteraciones cardíacas y 2.5 veces más que los accidentes de tráfico.

2. ESTAS DIFERENCIAS EN LAS CONDICIONES DE VIDA ACTÚAN SOBRE UNA PERSONA CUYAS ACTITUDES, VALORES Y NORMAS HAN

SIDO CONFORMADOS CON UN CLARO SESGO DE GÉNERO que contribuyen a una autoestima baja y a dificultar la autonomía personal:

- Educación discriminatoria desde los primeros juegos o tareas en el seno de la familia. (En las tareas de mantenimiento del hogar, de cada trece minutos trabajados por los jóvenes, doce los trabajan las chicas y uno los chicos. "La base del iceberg")
- Educación para la dependencia económica y emocional del hombre.
- Modelos de feminidad que imponen un tipo de vida enormemente restrictivo
- Utilización de la mujer como objeto sexual, sometiéndola a la tiranía de la juventud y la belleza, sin por otra parte permitirle tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Se ha comprobado que existe una relación entre la salud y la satisfacción y control sobre los propios roles. La peor salud de la mujer podría estar determinada en parte por los roles más limitados o insatisfactorios o por un mayor conflicto entre la multiplicidad de roles que debe asumir.

3. LAS CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD son diferentes entre hombres y mujeres. La sobremortalidad masculina se ha tratado de explicar por la mayor prevalencia de factores de riesgo, tabaquismo, consumo de alcohol, drogadicción, y de conductas de riesgo, violencia, velocidad, deportes de riesgo y por la exposición a riesgos laborales más graves. Por el contrario, en la mujer son sus roles sociales los que tienen una marcada influencia en su salud, generando problemas crónicos, físicos y mentales, que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones más o menos importantes. Esta situación puede cambiar. Si la mujer adopta estilos de vida similares a los hombres será víctima de las mismas causas de muerte que éste:

- Mientras las cifras de mortalidad masculina por accidentes de tráfico en los países desarrollados son muy parecidas de los años 50 a los 80, mueren un 20% más de mujeres por esa causa.
- El incremento del consumo de tabaco de la mujer española (en el año 2000 el 50% de las adolescentes entre 14 y 19 años eran fumadoras y casi la mitad de las mujeres menores de 45 años fumaba) ha aumentado la incidencia de enfermedad coronaria, de cáncer de pulmón y otras enfermedades relacionadas. Los especialistas han alertado de que dentro de 10 años el cáncer de pulmón será el cáncer que ocasione más mortalidad en la mujer, por delante del propio cáncer de mama.

4. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES en su percepción de la enfermedad y en la intención de adoptar medidas preventivas o curativas. Las mujeres tienden a demandar más cuidados sanitarios por problemas de salud percibidos. Se han ofrecido diferentes explicaciones, pero sin evidencias científicas:

1. La existencia de una conducta de enfermedad diferente, es decir una percepción de los síntomas, una valoración de la gravedad de los mismos y una actitud para las acciones curativas diferente. Y esto debido a la diferente socialización que empujaría a los hombres a ignorar sus síntomas y sería más tolerante con "la debilidad" de las mujeres. Parece, sin embargo que una vez percibidos los síntomas la conducta de búsqueda de asistencia es la misma.
2. Hablar con la familia o con los amigos de los síntomas podría ser más socialmente aceptable en las mujeres, lo que conduciría a acudir a la consulta con más frecuencia.
3. La reproducción coloca a la mujer en una situación de mayor contacto con los servicios de salud, lo que puede facilitar consultas subsiguientes.
4. La mujer como agente de salud de su familia tiene que mantener contactos frecuentes con los servicios sanitarios, lo que tendría el mismo efecto.
5. Las amas de casa pueden tener más posibilidades de organizar su tiempo y serles más fácil acudir a consultas cuyos horarios coinciden con los laborales.

Estudios recientes indican que no existe evidencia sobre que las mujeres tengan más facilidad para declarar enfermedades crónicas o trastornos mentales tal y como se ha sostenido durante años y que se desconoce si la mayor prevalencia de morbilidad crónica se debe a mayor capacidad de reconocer y verbalizar molestias o si realmente hay otra base.

5. EXISTENCIA DE UN SESGO DE GÉNERO en la investigación sanitaria que afecta tanto a la selección de los problemas que se investigan como al diseño de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos, como en la atención sanitaria con una desigualdad en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico según el sexo. Incluso en aquellas enfermedades que afectan tanto a hombres como mujeres se han utilizado muestras absoluta o predominantemente masculinas o se han ignorado posibles diferencias entre sexos respecto a las indicaciones diagnósticas, síntomas, pronóstico y efectividad de los diferentes tratamientos. Un ejemplo de esto sería la cardiopatía coronaria.

Hasta hace unos años la cardiopatía coronaria se consideraba casi exclusivamente una enfermedad masculina, siendo el prototipo de víctima el varón obeso, de mediana edad, bebedor, fumador y con estrés laboral. La evidencia de que, en muchos países, la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte entre las mujeres, ha obligado a revisar esa convicción. El relativo desconocimiento por parte de la comunidad científica y de la sociedad de este problema de salud para las mujeres tiene varias razones:

1. Los primeros estudios epidemiológicos realizados en EEUU mostraron una elevada prevalencia de cardiopatía coronaria en hombres de mediana edad. Muchos estudios e iniciativas preventivas posteriores se centraron en este grupo al ser económicamente productivos. Por ejemplo, uno de los mayores estudios de intervención realizados, el ensayo de intervención de Factores de Riesgo Múltiples, examinó a más de 350.000 hombres pero ni a una sola mujer.
2. Los datos del seguimiento durante 26 años del Estudio Framingham muestran que el inicio de síntomas clínicos en las mujeres se produce con un retraso de 7 a 10 años respecto al de los hombres. Por ello, la cardiopatía coronaria es infrecuente en las mujeres jóvenes y sólo se convierte en una causa importante de mortalidad y morbilidad cuando entran en la quinta o sexta década de la vida.
3. Los factores de riesgo para la cardiopatía coronaria son diferentes y las mujeres presentan factores de riesgo específicos como la pérdida de la función ovárica que duplica el riesgo o el uso de anticonceptivos orales. La edad, los antecedentes familiares de cardiopatía coronaria prematura, la hipertensión y el tabaquismo son predictores importantes del riesgo en ambos sexos. Las diabéticas están expuestas a un riesgo tres veces mayor de experimentarla que los diabéticos. La distribución regional de la grasa femenina, en pera, plantea menos riesgos que el patrón central, androide, llegándose a sostener que las diferencias entre los sexos en la distribución de la grasa son suficientes por sí solas para explicar las diferencias entre los sexos de esta afección. Los triglicéridos séricos pueden ser predictores del riesgo en las mujeres en una medida mayor que los hombres. El matrimonio aumenta el riesgo en la mujer, siendo protector en el hombre, probablemente reflejando los niveles aumentados de estrés por las sobrecargas familiares.
4. Los síntomas de presentación difieren entre los sexos por lo que muchas veces no se diagnostican adecuadamente. Las descripciones de síntomas que se enseñan en las Facultades de Medicina solo describen los síntomas típicos de los hombres. La angina de pecho es

la primera manifestación de la enfermedad en la mujer, mientras que el infarto de miocardio lo es en el hombre. El estudio Framingham indica que las mujeres tienen un 33% más de infartos de miocardio silenciosos que los hombres y en la franja de edad de 45 a 60 años dos veces más. Algún estudio como "Copenhagen City Heart Study" indica que si se considera el número de infartos silenciosos, la incidencia de infartos sería similar en hombres y mujeres. Por otra parte, métodos diagnósticos como las pruebas de esfuerzo ofrecen menos fiabilidad que en el hombre. Todo ello hace que las mujeres se diagnostiquen en estadios más avanzados de la enfermedad.

5. Una vez identificados los síntomas existen prácticas clínicas diferentes según el sexo, siendo menos probable que se realicen angiografías coronarias o que se someta a determinados tratamientos o intervenciones a las mujeres tal y como se puso de manifiesto tras la publicación en The New England Journal of Medicine en 1991 de un trabajo sobre una población de 80.000 pacientes de ambos sexos, corroborada por muchos otros posteriores. Por ello, la FDA presiona para que en EEUU en todos los ensayos clínicos haya una muestra de mujeres.
6. Puesto que las mujeres han sido excluidas de casi todos los ensayos de prevención primaria de cardiopatía coronaria, se desconoce si las recomendaciones que se sabe son eficaces en la prevención del riesgo en el hombre les son igualmente aplicables y hay pocas evidencias de que resulten beneficiosos la detección y el tratamiento de la hiperlipidemia y otros factores de riesgo. Por ejemplo, el efecto protector de los problemas cardiovasculares del ácido acetil-salicílico no se ha probado en la mujer.

Persisten muchas incógnitas sobre las diferencias de salud entre los sexos. Pero, sólo comprendiendo en su totalidad el estado de salud de hombres y mujeres y sus determinantes, seremos capaces de comprender las razones de las diferencias en salud y avanzar hacia una sociedad más igualitaria. Desdichadamente los indicadores de salud tradicionales son capaces de mostrarnos que la salud entre hombres y mujeres es diferente, pero al carecer de una perspectiva de género no nos dan las claves para conocer su por qué. Así, las encuestas de salud que se consideran una herramienta imprescindible ya que permiten conocer la morbilidad percibida, los hábitos y condiciones de vida, la utilización de servicios sanitarios, así como actitudes y opiniones frente a diferentes temas y además proporcionan información sobre aquellas personas que no utilizan los servicios sanitarios, no recogen aspectos

relacionados con la salud de las mujeres imprescindibles para aclarar las incógnitas de la salud diferencial.

1. Estado civil: Mientras que para los hombres el matrimonio o la convivencia en pareja es un factor protector de la salud, un refuerzo para el mantenimiento de conductas saludables, para las mujeres debido a la distribución desigual del trabajo reproductivo, puede contribuir al deterioro de la salud.
2. Clase social: La clase social es uno de los principales determinantes de la salud y las mujeres son más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social. No existe consenso sobre como valorar el nivel social en las mujeres ya que suele hacerse por la ocupación, siendo en ellas mayoritaria la de ama de casa.
3. Nivel de estudios: Variable de la que se puede disponer para todas las mujeres.
4. Situación laboral: El paro tiene mayor impacto en la salud de los hombres que en la de las mujeres al ser considerado un aspecto esencial del rol masculino. Las mujeres paradas parecen tener mejor salud que las que están fuera del mercado laboral. Muchas variables que detectarían diferencias de género como tipo de contrato, de jornada, número de horas trabajadas etc. no son incluidas y deberían serlo.
5. Trabajo reproductivo: Es difícil recoger el amplio abanico de tareas que comprende el trabajo reproductivo. No se suele obtener información sobre las personas mayores, su grado de dependencia, ni de las personas que requieren cuidados especiales, enfermos crónicos, discapacitados. Como existe un evidente desequilibrio entre hombres y mujeres independientemente de la situación laboral, es importante conocer el número de horas dedicadas al trabajo reproductivo los días laborales y fines de semana.

La Encuesta Nacional de Salud del año 97 sólo incluía el estado civil, el nivel de estudios, situación laboral, ocupación y número de habitantes de la vivienda, mientras que la Encuesta de Terrassa 1998 y la de Andalucía 1999 incluyen además: Tipo de contrato, tipo de jornada laboral, horas trabajadas, estructura familiar, edad y sexo de los habitantes de la vivienda, parentesco con persona principal, cuidado de criaturas, cuidado mayores de 65 años, discapacitados, reparto de cuidados, trabajo doméstico, reparto del trabajo doméstico, ayuda externa para el trabajo doméstico y horas

de trabajo reproductivo. La inclusión de estas preguntas representa un avance en la posibilidad de conocer mejor la salud de los hombres y las mujeres desde la perspectiva de género.

6. Estado de salud percibido: Puede ser el principal indicador de la salud de las personas. Aunque tiene los inconvenientes de la valoración subjetiva de la propia salud, estaría de acuerdo con la definición de la OMS que considera la salud como un estado de bienestar. Además, es un fuerte predictor de la mortalidad, incluso mejor que el diagnóstico médico.
7. Calidad de vida: Sería importante introducir un instrumento que mida la calidad de vida y la salud mental.
8. Apoyo social o interacción entre las personas mediante la cual dan y reciben ayuda espiritual, emocional, informativa, funcional y material: Hay una relación consistente entre niveles inadecuados de apoyo social y una pobre salud física y mental. En España no existen instrumentos para medir este tipo de apoyo.

De esta manera, mientras no seamos capaces de incorporar una perspectiva de género en la recogida de datos poblacionales, en la información sanitaria, en la planificación sanitaria, en la investigación biomédica y en la formación de los profesionales sanitarios, seguirán sin resolverse muchas de las incógnitas que nos hemos planteado:

- Las mujeres ¿tienen peor salud? Y si esto es así ¿por qué?
- O, simplemente ¿se sienten peor? ¿Por qué?
- O, ¿se piensan peor?
- ¿Sus dolencias no son tan graves?
- ¿Se sienten más responsables de su salud?
- ¿Confían más en el sistema sanitario de cuidados?
- ¿Se les diagnostica peor?
- Si esto es así, ¿lo consideran las mujeres o es el sistema social y sanitario quien lo decide?

Y, finalmente, mientras no seamos capaces de incorporar una perspectiva de género, seguirán produciéndose inequidades en materia de salud entre hombres y mujeres.

DESIGUALDADES DE
GÉNERO EN SALUD
PÚBLICA

Carme Valls-Llobet
CAPS. Barcelona

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA¹

Carme Valls-Llobet

CAPS. Barcelona. Spain

I. Sesgo de género en Medicina

El sesgo de género en Medicina se está manifestando de tres formas distintas: En primer lugar partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales cuando no lo son; en segundo lugar partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde finalmente sólo hay similitudes (1); y en tercer lugar partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas. (2)

Lo que me gustaría mostrarles es que sólo una visión de los problemas de salud basados en lo biológico, psicológico y social nos puede aportar un modelo para estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud. Nuestro equipo está trabajando con el modelo de salud propuesto por M. Frankenhauser para estudiar las diferencias de género en relación con el estrés laboral (3). Este modelo que pretende estudiar las diversas causas que provocan consecuencias para la salud, se basa en analizar las demandas sociales y las condiciones de trabajo que afectan a una persona, el soporte social y las diferencias biológicas y psicológicas entre mujeres y hombres.

I.LA MIRADA ANDROCENTRICA:

Los problemas de salud no son visibles, porque existe un sesgo inconsciente de que los problemas son similares entre hombres y mujeres y que es posible extrapolarlos.

I.1.- Muchos ensayos clínicos se han realizado sólo entre hombres suponiendo que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres (estudio de fármacos antilipidémicos, los efectos secundarios del tabaco, la mortalidad y morbilidad después de un infarto de miocardio, el estudio de los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica)(4-6) Décadas de investigación en prevención, métodos de diagnóstico y programas de intervención han incluido sólo hombres como sujetos de la investigación:

- Adiministration Cooperative Study (Murphy et al)(7) (beneficios de la cirugía coronaria en grupo de pacientes varones con angina de pecho).
- Physicians' Heart Study (Manson, Grobbee and Stampfer 1990) (8) (Aspirina puede prevenir los ataques cardíacos en hombres) 22.000 sujeto varones.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial (1982) 12.000 varones. (9)

I.2 Los factores de riesgo y los protectores para la salud, detectados en hombres se han extrapolado directamente a las mujeres (por ejemplo el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra los problemas cardiovasculares en el hombre no se han podido probar nunca en la mujer).(8) Por el contrario, factores de riesgo que son cruciales para la salud de las mujeres, como los debidos a la sobrecarga desigual en el manejo de las familias y el trabajo doméstico, todavía han de ser plenamente investigados (7).

De hecho los factores de riesgo para la muerte súbita derivados del Framingham Heart Study después de veintiséis años de seguimiento son diferentes para hombres y mujeres. Para hombres son por este orden la edad, el colesterol sérico, numero de cigarrillos fumados a diario, el peso relativo, y la tensión arterial sistólica. En cambio en las mujeres los tres principales predictores fueron la edad, capacidad vital, y el hematocrito y como dato marginal en mujeres mayores el colesterol y la glucosa. (Schatzkin1984)

¹ Artículo publicado en: Quadern CAPS, nº 30, 2001

La relación entre terapia estrogénica y enfermedad cardiovascular se ha estudiado mucho menos que los factores de riesgo en el hombre. El ensayo clínico HERS que utiliza terapia hormonal sustitutiva en mujeres que ya habían tenido problemas cardíacos, frente a placebo ha obtenido unos resultados sorprendentes después de cuatro años de seguimiento. Su último informe señala que no se han encontrado diferencias en la incidencia de problemas cardiovasculares entre el grupo tratado y el placebo, lo que contradice las suposiciones previas, muy extendidas de que la terapia estrogénica tiene un efecto protector sobre las coronarias. De hecho se presentaron un considerable mayor número de muertes por trombosis durante los dos primeros años del estudio entre el grupo tratado con terapia hormonal sustitutiva (HERS 1998)(10)

I.3. En los análisis de datos multivariantes, el sexo se ha incluido como variable, pero sirve a veces como un potencial confusor más que una variable predictiva o pronóstica sino se hace un esfuerzo suplementario. Sus efectos son controlados a efectos estadísticos y posteriormente ignorados (Stephenson). (11) Encuestas y cuestionarios olvidan preguntas relativas a las condiciones de vida y diferencias en sobrecarga de trabajo, así como la doble jornada, y una pregunta tan simple como el número de personas que viven en el mismo hogar, podría ayudarnos a obtener una visión más realista (I. Rohlfs). (12)

II. Se supone que sólo hay diferencias psicológicas y biológicas donde existen sólo situaciones similares.

II.1. Sabemos que la esperanza de vida de las mujeres es más dilatada que la de los hombres (7 a 10 años). Basados en esta información sería posible creer que no es necesario realizar investigación sobre la salud de las mujeres, porque su vida está protegida de forma natural. La sociedad y los profesionales de la salud podrían creer que la mujeres disfruta de una mejor estado de salud que el hombre,. Pero si estudiamos cuantos de los años vividos de más lo son con calidad de vida existe una gran similitud entre mujeres y hombres. Las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobretodo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los hombres (Valls-Llobet C. 1991 (13)

II.2.La noción de que existen diferencias intrínsecas entre los dos sexos se basa en la consideración de que la salud de las mujeres es sólo una salud reproductiva y muchos profesionales sanitarios y políticos creen que la salud de las mujeres se relaciona sólo con el embarazo, la anticoncepción, la planificación familiar y recientemente con la menopausia. Los trastornos de la menstruación son todavía un tema "tabú" para la asistencia primaria y permanecen invisibles para la investigación científica. Una consecuencia de esta visión en los servicios asistenciales es el establecimiento de las unidades que atienden "problemas de las mujeres" o "unidades de atención a la mujer" segregadas de las unidades de atención primaria, olvidando la similaridad de problemas de salud entre mujeres y hombres, y obstaculizando la real introducción de una mirada de género no sesgada en la atención primaria, en medicina interna y en las demás especialidades médicas principalmente la cardiología.

II.3. Las actitudes de los médicos de atención primaria hacia los pacientes (mujeres y hombres) fueron estudiadas por Berstein y Kane. Se estudiaron las actitudes de 253 médicos y médicas de asistencia primaria frente a la expresividad de los problemas de salud o el sexo de las/los pacientes. Se observó que el 25% de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso; los síntomas de las pacientes eran más fácilmente atribuidas a influencias emocionales que las de los hombres y las enfermedades de las mujeres fueron clasificadas como psicosomáticas en el 26% de los casos frente a sólo el 9% en el caso del sexo masculino.

Los médicos/as aprecian a menudo que las demandas de los pacientes varones son más serias y también es más probable que valoren un componente psicosomático si la paciente es del sexo femenino (Colamero 1983)

II.4. Se supone que existen diagnósticos diferentes con más prevalencia entre mujeres que hombres sin que sean probados (las mujeres son más depresivas, más ansiosas, o sienten subjetivamente más dolor...), cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos de diagnósticos más adecuados a los problemas (muchas enfermedades endocrinológicas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansioso-depresivos). Un estudio realizado por Ann Hohmann (1989) demostró con el análisis de datos de la asistencia de Estados Unidos que las mujeres recibían muchos más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres, pero no recibían hipnóticos, barbitúricos y antipsicóticos). Se ha comprobado la prescripción de altas dosis de tranquilizantes a las mujeres como práctica habitual, incluso en la primera visita sin que haya sido realizada ninguna técnica exploratoria (Ashton 1991). Las consecuencias a largo plazo de administrar ansiolíticos y antidepresivos, cuando no se ha realizado un correcto diagnóstico biológico o social, no han sido todavía analizadas, pero deberían ser incluidas en el capítulo de mala práctica profesional.

III.- Se supone que los problemas de salud son provocados sólo por algunas causas sociales o culturales sin otras interferencias.

En una primera aproximación social a los problemas de salud de hombres y mujeres se podrían atribuir su etiología de los problemas sociales relacionados solo las discriminaciones, pero una aproximación más profunda ha señalado la influencia de la pobreza, la clase social, las demandas de trabajo, la influencia del medio ambiente, la exposición a sustancias contaminantes y la distribución gubernamental de los servicios sociales sobre el problema de la salud de las mujeres porque son un colectivo que está muy afectado por una desigual distribución de las cargas familiares (cuidado de personas mayores, personas enfermas y niños y niñas)

El modelo de atributos ambientales y personales incluye cuatro categorías: clase social, cultura y etnicidad añadidos a los factores individuales. En relación con los factores individuales los riesgos de conducta potencialmente modificables como el tabaco o el alcohol, la cantidad de actividad física y los hábitos dietéticos, así como otros factores no modificables como la edad, el género o el bagaje genético, pueden aparecer como factores que contribuyen a los porcentajes de enfermedad o salud. Pero estas cuatro áreas de influencia no son independientes entre sí y pueden conducir a resultados confusos. Por ejemplo, la pobreza, las escasas posibilidades de acceso a la cultura, la violencia y el acceso a la actividad física tienen una especificidad de género. Muchas veces lo que se atribuye a la raza o al género se deberían atribuir a veces al estatus socioeconómico cuando los efectos de los dos factores están adecuadamente separados. (McKinlay 1994) (19)

La comprensión epidemiológica es incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no está apropiadamente reconocido. Al tradicional triunvirato de agente, huésped y medio ambiente, una cuarta influencia puede ahora ser añadida desde la perspectiva de género que es la contribución desde el sistema social como las políticas de reembolso de los gobiernos, las prioridades organizativas y a variable de conducta de los proveedores de la salud. (McKinlay 1996) (18)

Conductas profesionales

La influencia de las conductas médicas en las estadísticas epidemiológicas es probablemente más grande que todo el sistema social combinado. La profunda influencia de la conducta del proveedor de salud está bien ilustrada si consideramos las grandes diferencias de género aceptada en las enfermedades cardiovasculares (CVD) La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte entre las mujeres, por encima del cáncer de mama.

Existe cada vez más evidencia que los problemas de coronarias son muchas veces o no detectados o a veces incluso dejados de lado (Eaker 1987(20), Steingart 1991(21), Ayanian and Epstein (22) 199. Los factores de riesgo para la muerte súbita de coronarias en mujeres tienen algunas diferencias con relación a las citadas para los hombres. En las mujeres jóvenes fumar es el primer factor de riesgo, pero en las mujeres mayores la hipertensión y la diabetes mellitus están más asociadas a la muerte súbita (Burke 1998)(23).

Durante los últimos tres años se han presentado pruebas de que la homocisteína total en plasma y el déficit de ácido fólico son factores de riesgo para el infarto de miocardio entre las mujeres jóvenes (Schwartz 1997)(24). Un metaanálisis llevado a término por Ray en 1998 (25) mostró que existe un riesgo significativo de trombosis venosa en presencia de hiperhomocisteinemia. El riesgo parece ser mucho más significativo para mujeres menores de sesenta años. Se ha probado también que existen diferencias en la biología de la homocisteína relacionadas con el sexo con concentraciones que eran dos veces más altas en las mujeres sanas que en los hombres sanos.(Lussier -Cacan 1996)(26).

Las mujeres tienen una prevalencia más baja de cardiopatía isquémica pero con una mayor mortalidad (Marrugat 1998)(16) en los seis meses posteriores. Los datos del "Framingham Heart Study" ajustados por edad indican que las mujeres un 33% más de infartos de miocardio "silenciosos" que los hombres, (34% para las mujeres comparado 26% para los hombres). Y en la franja de edad de 45 a 60 años, las mujeres tienen dos veces más infartos de miocardio "silenciosos" que los hombres. Los investigadores del "Copenhagen City Heart Study" (en una investigación entre 20.000 mujeres y hombres que ha durado unos 20 años) han señalado que cuando se estima el número de infartos "silenciosos" añadido al número de casos infarto de miocardio agudos, hay coincidencia entre hombres y mujeres.

"Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y a las estadísticas observadas. Una rígida adherencia a una en exclusión de la otra es de un provincianismo destructivo. Además esta aproximación tiene como resultado una incompleta y a veces poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a un a investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas y a unas intervenciones mal concebidas relacionadas con la enfermedad. Como resultado tanto el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales" (McKinlay1996)(18).

II.- Consecuencias del sesgo de género y las desigualdades sociales

1. No existe **visibilidad** de la morbilidad diferencial de las mujeres o morbilidad diferencial porque no ha existido investigación sobre las diferencias. Las enfermedades crónicas prevalentes entre las mujeres no sido todavía bien estudiadas y por ejemplo las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas, las artritis, las enfermedades subclínicas, el dolor articular, el ciclo del dolor en asistencia primaria).
2. Las manifestaciones diferenciales de enfermedad no son visibles. Una mayor proporción de mujeres que de hombres presentan diagnósticos de "síntomas y signos no específicos " tanto en las historias clínicas como en los certificados de defunción. (Hibbard 1986 (28), Ronda 1995(29), Mingot. 1992 (30). Las descripciones de síntomas clásicos de arteria coronaria y aquellos que se enseñan en las facultades de medicina en los últimos años solo describen los síntomas de los hombres. Es raro que los médicos puedan identificar las enfermedades de coronarias de mujeres que presenten dolor irradiado en la cara o que empiecen a tener problemas de dolor abdominal.
3. El proceso de asistencia también está sesgado

Se ha probado que existen prácticas diferentes en los protocolos y tratamientos para enfermedades cardiovasculares que siendo comunes en los dos sexos son percibidos como que son más prevalentes entre hombres, basándose en iguales problemas de

coronarias, a las mujeres se les envía a casa y a los hombres reciben by-pass coronario, un hecho que ha conducido a Bernardine Healy a definir el "síndrome de Yentl" (1991) (31) ironizando sobre las necesidades de las mujeres de adoptar una configuración externa masculina para poder ser atendidas con igual eficacia que los hombres. "El problema es convencer a ambos a la sociedad y a los sectores médicos que las enfermedades de arterias coronarias son también enfermedades de mujeres, no simplemente enfermedades de hombres disfrazadas" (B. Healy 1991)

Existe una gran influencia de la raza y el sexo de los pacientes, independientemente de las recomendaciones de los médicos, para la caracterización cardíaca y para la gestión del dolor torácico. (Schulman 1999) (32). Este grupo sugiere que la decisión de los médicos puede ser un factor muy importante al expresar las diferencias en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en la raza y en el sexo.

Los chequeos utilizados en medicina preventiva o en salud ocupacional preventiva son sesgados porque detectan solo la morbilidad prevalente en el sexo masculino y las deficiencias de hierro o enfermedades endocrinológicas no pueden ser visibles con los actuales sistemas de chequear a la población.

Sesgo en el tratamiento

Se ha informado de un sesgo de género a la hora de considerar la cirugía para coronarias de las mujeres Tobin et al 1987(33), Weintraub 1992 (34), Maynard 1992,(35) Marrugat 1998)(27)

Los sesgos de género son evidentes en la forma que las mujeres son tratadas y no en la forma que ellas utilizan los sistemas de atención sanitaria.

Una revisión de la base de datos del Food and Drug Administration revela que hay un porcentaje mucho más alto mujeres que de hombres que desarrollan una arritmia denominada torsades de pointes (TDP) después de tomar una gran variedad de drògas, como antihistamínicos (terfenadina, astemizole), antibióticos (erythromycian), antimaláricos (halofantrina), antiarrítmicos (quinina, de-sotalol) y una gran variedad de otros fármacos. Todos estos fármacos tienen en común la habilidad de bloquear las corrientes de potasio, además de prolongar la repolarización cardíaca en el intervalo QT de los ECG. Los datos experimentales disponibles apoyan la hipótesis de que existe una diferencia de género en las densidades de corriente de iones en la célula cardíaca que son responsables como ocurre en los conejos de una mayor susceptibilidad de las hembras para desarrollar arritmias (Ebert 1998)(36). ¿Podría ser este hecho responsable de una mayor mortalidad después del infarto de miocardio?

III. La investigación sobre salud de las Mujeres y la enseñanza de la salud de las Mujeres

Siguiendo las recomendaciones de Ruiz and Verbrugge (1) varios retos se nos plantean con relación al sesgo de género:

1. La democratización en la producción de conocimiento se debe mejorar. La investigación en salud debe incluir tanto a hombres como mujeres.
2. Los diseños de investigación deben tener en cuenta tanto las diferencias en la naturaleza entre hombres y mujeres como los roles de las mujeres y de los hombres.
3. Una consideración cuidadosa de los sesgos de género de la clasificación de las enfermedades se debe realizar y la investigación orientada a los síntomas y a las quejas de las pacientes ayudaría a revelar que problemas tienen similares, y que problemas son diferentes y conducir a mejores diagnósticos.
4. El género debe ser siempre una variable sustantiva más que una variable de control en investigación de salud.
5. Se necesitan diseños innovadores para descubrir las características precisas de la forma de manifestarse los pacientes o para desvelar las actitudes de los médicos que

conducen a desigualdades en el acceso y en la administración de tratamientos entre hombres y mujeres.

Nuevos paradigmas, métodos e instrumentos de medida se necesitan urgentemente para expandir las fronteras en mujer y salud. Un workshop realizado en Estados Unidos en 1997 concluye que: (37):

1. Se deben identificar y dirigir los temas que son centrales de la salud de la mujer, utilizando las fuentes para la investigación partiendo de preguntas sobre la vida de las mujeres incluyendo sus experiencias, tanto su fisiología como su entorno social o de trabajo. Expandir las definiciones de población para que consigan atender la heterogeneidad y modificar las metodologías para comprender la diversidad. es esencial para conseguir una completa perspectiva de las necesidades en mujer y salud. .
2. Se deben emplear nuevas metodologías capaces de captar la riqueza de las mujeres
3. Métodos de participación y métodos que integran la investigación cualitativa y cuantitativa son las dos estrategias emergentes para conseguir que las voces estén en el centro de la investigación
4. Una colaboración multidisciplinar es particularmente apropiada para decidir y conseguir la visibilidad de los temas de mujer y salud

Para preparar a los profesionales de la salud a para que atiendan los problemas de las mujeres un grupo de 14 universidades de Estados unidos ha preparado el siguiente plan para enseñar a residentes:

ÁREAS DE FORMACIÓN DE MÉDICAS/OS EN MUJER Y SALUD

Enfermedades cardíacas (enfermedad de arterias coronarias, dislipemias)
Enfermedades endocrinas (tiroides, diabetes, hirsutismo)
Enfermedades infecciosas (SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente)
Enfermedades de las vías urinarias (incontinencia, infección de las vías urinarias)
Enfermedades neurológicas (migraña, síndrome de fatiga crónica)
Enfermedades musculoesqueléticas (osteoporosis, lupus, fibromialgia, síndrome túnel carpiano)
Problemas en mamas (benignos, malignos, galactorrea)
Salud reproductiva (Contracepción, salud pregestacional y postgestacional, embarazos de alto riesgo)
Menopausia y terapia hormonal sustitutiva.
Sexualidad.
Enfermedades que afectan a vagina y cervix (vaginitis, displasia cervical)
Anomalías pélvicas (enfermedades inflamatorias de la pelvis, fibromas, cáncer uterino)
Anomalías de la menstruación (amenorrea, metrorragias, endometriosis, síndrome premenstrual)
Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia)).
Violencia doméstica
Adicción a drogas y fármacos.
Mujeres en la medicina(problemas personales, profesionales y familiares)

La política neoliberal ha incrementado los problemas de la salud de las mujeres porque ha hecho más invisible la ideología y ha cambiado la orientación con una orientación más pobre sobre las diferencias. Las mujeres se han convertido en víctimas de los centros médicos privados, y sus voces y sus quejas se han silenciado así como las voces de las personas que están investigando y formando sobre diferencias de género. Creo que la salud pública debe ser orientada hacia el género y contribuir a hacer visibles las diferencias reales para que se puedan desarrollar los procesos de prevención apropiados

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ruiz,MT; Verbrugge,LM
A two way view of gender bias in medicine
J-Epidemiol-Community-Health.1997;51:106-109
- 2 Prior,Jeralin
El estrés cultural suprime la ovulación. Riesgo para la osteoporosis
Pp47-56 Viure amb salut fent visibles les diferencies. Congreso Internacional "Mujer, Trabajo, Salud" Barcelona 1996. Instituto de la Mujer. Madrid 1997;vol 20:.
- 3 Frankenhaeuser,M; Lundberg,U; Chesney,M
Women, Work, and Health. Stress and Opportunities
Ed. Plenum Press. New York 199: 271p
- 4 Bennett,JC
Inclusion of Women in clinical Trials - Policies for Population Subgroups
New-England-J-Med.1993;329(4):288-292
- 5 Contton,P
Is there still too much extrapolation from data on middle-aged white men? Medical News and perspectives.
JAMA.1990;263(8):1049-1050
- 6 Schmucker,DL; O'Mahny,MS; Vesel,ES.
Women in clinical trials. An update.
Clin-Pharmacokinetic.1994;27(6):411-417
- 7 Murphy,ML; Nultgren,HN; Detre,K; Thomsen,J; Takaro,T and Participants of the Veterans Administration Cooperative Study.
Treatment of chronic stable angina: A preliminary report of survival data of the Randomized Veterans Administration Cooperative Study
New-England-J-Med.1977;297:621-627
- 8 Manson,JE; Brobbee,DE; Stampfer,MJ; Taylor,JO; Goldhaber,S; Gaziano,M; Ridker,P; BuringJE; Hennekens,CH
Aspirin in the Primary Prevention of Angina pectoris in a Randomized Trial of United States Physicians.
Am-J-Med.1990;89:772-776
- 9 Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group.
Multiple Risk Factor Intervention Trial: Risk Factor Changes and Mortality Results
J-Am-Med-Assoc.1982;248:1465-77
- 10 Hulley,S; Grady,D; Bush,T; Furberg,C; Herrington,D; Riggs,B, Vittinghoff,E. HERS Research Group
Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women

JAMA.1998;280:605-613

- 11 Stephenson,P; McKee,M
Look twice
Eur-J-Public-Health.1993;3:151-152
- 12 Rohlf, I
Doctoral thesis UAB
January 1998
- 13 Valls-Llobet, Carme
Aspectos de la Morbilidad Femenina Diferencial. Informe De Situacion
Quadern Caps.1991;16:8-32
- 14 Bernstein,B; Kane,R
Physicians' Attitudes toward Female Patients
Med-Care. June 1981;XIX(6):600-608
- 15 Colameco,S; Becker,LA; Simpson,M
Sex bias in the assessment of patients complaints.
J-Fam-Pract.1983;16:1117-1121
- 16 Hohmann,AA
Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care
Med-Care. May 1989;27(5):478-490
- 17 Ashton,H
Psychotropic-drug prescribing for women
Br-J-Psychiatry.1991;10(suppl):30-35
- 18 Mckinlay,JB
Some contribution from teh social system to gender inequalities in Heart disease
J-Health-Soc-Behav.1996;37:1-26
- 19 McKinlay,JB; McKinlay,S; Crawford,S
Does variability in physician behavior explain any of the gender difference in
cardiovascular disease
Pp. 223-52 in Women., Behavior, and Cardiovascular Disease, edited by N.S.
Czajkowski. D. Robin-Hill, and T.P. Clarkson. U.S. DHHS. NIH pub. No.94-3309. Public
Health Servic: Washington DC 1994
- 20 Eaker,ED; Castelli,WP
Coronary heart disease and its risk factors among women in the framingham study
Pp 122-32 in Coronary heart disease in women, edited by E.Eaker, B.Packard, N.K.
Wagner, T.B Clarkson, and H.A. Tyroler. New York 1987. Haymarket Doyma
- 21 Steingart,RM; Packer,M; Hamm,P; Coglianese,ME; Gersh,V; Geltman,EM; Sollno,J;
Katz,S; Move,L; Basta,LL; Lezis,SJ; Gottier,SS; Bernstein,V; McEwanP; Jacobson,K; et
al
Sex differences in the management of coronary artery disease.
New-England-J-Med.1991;325:226-230
- 22 Ayanian,JZ; Epstein,AM
Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary
heart disease

New-England-J-Med. 25 July 1991;325(4):221-225

- 23 Burke,AP; Farb,A; Malcom,GT; Liang,Y; Smialek,J; Vimani,R
Effect of risk factors on the mechanism of acute thrombosis and sudden coronary death in women
Circulation. 1998;97:2110-2116)
- 24 Schwartz SM, et al.
Myocardial infarction in young women in relation to plasma total homocysteine, folate, and a common variant in the methylenetetrahydrofolate reductase gene.
Circulation. 1997 Jul 15;96(2):412-7.
- 25 Ray JG.
Meta-analysis of hyperhomocysteinemia as a risk factor for venous thromboembolic disease.
Arch Intern Med. 1998 Oct 26;158(19):2101-6.
- 26 Lussier-Cacan S, et al.
Plasma total homocysteine in healthy subjects: sex-specific relation with biological traits.
Am J Clin Nutr. 1996 Oct;64(4):587-93.
- 27 (24 Marrugat,J; Sala,J; Masia,R; Pavesi,M; Sanz,G; Valle,V; Molina,L; Seres,L; Elosua,R
Mortality differences between men and women following first myocardial infarction
JAMA. 1998;280(16):1405-1409
- 28 (25 Hibbard,JJ; Pope,CR
Another look the sex differences in the use of medical care: illness orientation and the types of morbidities for which services are used
Women-Health. 1986;11:21-36
- 29 (26 Ronda,E; Ruiz,MT; Alvarez-Dardet,C; Marti,C
Gender bias in diagnostic procedures at the primary health care level.
Proceedings of the European public Health Association Annual Meeting. Bebrecon: Peremon, 1995:61
- 30 (27 Mingot,M; Borrás,JM
Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña.
Gac-Sanit. 1992;28:8-12
- 31 (28 Healy,B
The Yentl Syndrome
New-England-J-Med. 25 July 1991;325(4):274-275
- 32 (29 Schulman,DA; Berlin,JA; Harless,W; Kerner,JF; Sistrunk,S; Gersh,VJ; Dube,R; Taleghani,CK; Burke,JE; Williams,S; Eisenberg,JM; Escarce,JJ
The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization
- 33 (30 Tobin,JN; Wassertheil-Smoller,S; Wexler,JP; Steingart,RM; Budner,N; Lense,L; Wachspress,J
Sex Bias in Considering Coronary Bypass Surgery
Annals. July 1987;107:19-25
- 34 (31 Weintraub,WS; Cohen,CL; Wenger,NK

Is there a bias against performing coronary revascularization in women?

Circulation.1992;86(SI):100

35 (32 Mainard,C; Litwin,PE; Martin,JS; Weaver,WD

Gender differences in the treatment and outcome of acute myocardial infarction tiage and intervention registry

Arch-Intern-Med.1992;152:972-976

36 Ebert,SN; Liu,X; Woosley,R

Famele Gender as a Risk Factor for Drug-Induced Cardiac Arrhythmias: Evaluation of Clinical and Experimental Evidence.

J-Women-Health.1998;

37 (33 Harlow,SD, Bainbridge,K; Howard,D; Myntti,C; Potter,L; Sussman,N; van Olphen,J; Williamson,N; Young,E

Methods and Measures: Emerging Strategies in Women's Health Research

J-Women-Health.1999;8(2):139-147

38 (34 Roberts,M; kroboth,FJ; Bernier,GM

The Women's Health Track: A model for training internal medicine residents

J-Women-Health.1995;4(3):313-318

39.-Killien, M et al. Involving Minority and Underrepresented Women in Clinical Trials: The National Centers of Excellence in Women's Health.J Women's Health Gender Based Med 2000;9 1061

EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

**Salvador Moncada y Clara Llorens
Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut
(Istas). Barcelona**

EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Salvador Moncada y Clara Llorens Serrano
Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut (Istas), Barcelona

MARCO CONCEPTUAL: RIESGO PSICOSOCIAL, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, ESTRÉS Y SALUD.

Existe diferente terminología que no debe confundirnos. Los factores de riesgo psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobretodo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés. En términos de prevención de riesgos laborales, los factores psicosociales representan la exposición (o los factores de riesgo), la organización del trabajo el origen de ésta, y el estrés el precursor del efecto (enfermedad o trastorno de salud que pueda producirse y que debemos prevenir).

La relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud no parece tan evidente como la que existe entre otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.), y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas). Todos estos procesos están estrechamente relacionados entre sí, y tienen su base en la interacción entre las oportunidades y demandas ambientales de la organización y las necesidades, habilidades y expectativas individuales. Estos mecanismos, a los que como hemos dicho, también denominamos estrés, pueden ser precursores de enfermedad bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración, y ante la presencia o ausencia de otras interacciones.

"El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación"

(Comisión Europea 2000)

LOS ESTRESORES: LOS FACTORES PSICOSOCIALES

La investigación ha aportado hasta hoy una amplia evidencia del efecto sobre la salud y el bienestar de los factores laborales de naturaleza psicosocial. Estamos hablando básicamente del bajo control sobre el contenido de las tareas, las altas exigencias psicológicas o el bajo apoyo social de los compañeros y de los superiores. Más recientemente, disponemos también de evidencias de que la escasez de recompensas o compensaciones también afecta la salud.

El control sobre el contenido del trabajo implica dos subdimensiones: las oportunidades que el trabajo ofrece para desarrollar las habilidades propias en la doble vertiente de tener las capacidades suficientes para realizar las tareas y de hacer un trabajo en el que se tiene la posibilidad de dedicarse a aquello que mejor se sabe hacer (trabajos creativos y variados) - y la influencia (o autonomía) o capacidad de decisión sobre las propias tareas y sobre las de la unidad o departamento. El control sobre el trabajo representa un aspecto positivo de éste, y su ausencia o defecto un factor de riesgo. En este sentido es también importante el control sobre los tiempos a disposición del trabajador y sobre el ritmo de trabajo, y en general el nivel de influencia sobre todas las condiciones de trabajo, así como el sentido del trabajo (o implicación con su contenido).

Las exigencias psicológicas tienen una doble vertiente cuantitativa y cualitativa. Desde el punto de vista cuantitativo, las exigencias psicológicas se refieren al volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde.

Desde el punto de vista cualitativo, las exigencias psicológicas se refieren a algunos aspectos de la naturaleza de éstas: el trabajo emocional (trabajo que expone a las personas a procesos de transferencia de emociones y sentimientos, como todos aquellos que requieren contacto con usuarios, público y clientes), trabajo cognitivo (que requiere gran esfuerzo intelectual) o el trabajo sensorial (esfuerzo de los sentidos).

Existen fuertes evidencias de que las relaciones sociales afectan la salud. Éstas, podemos conceptualizarlas en una triple vertiente. De un lado, el apoyo social representa el aspecto funcional de estas relaciones (recibir la ayuda adecuada de compañeros y superiores para sacar el trabajo adelante); las posibilidades de relacionarse que el trabajo ofrece representa su componente estructural (sin relación, no hay base objetiva para la ayuda), mientras que el sentimiento de grupo representa su componente emocional. También son aspectos importantes desde el punto de vista de las relaciones sociales la claridad (definición de puestos y tareas) y los conflictos de rol (hacer tareas que contradicen nuestros valores), la previsibilidad (disponer de toda la información adecuada y a tiempo para adaptarnos a los cambios) y el refuerzo (disponer de mecanismos regulares de retorno de compañeros y superiores sobre cómo se trabaja).

Estas grandes dimensiones (control, demandas y apoyo) constituyen el modelo "demanda * control" que define cuatro grandes grupos de ocupaciones en función de los niveles de demandas psicológicas y control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión, (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control). La situación más negativa para la salud se caracteriza por unas altas exigencias psicológicas y un bajo control (alta tensión). Por otro lado, el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social. El riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (por ejemplo, en trabajos aislados) y podría moderarse en situación de trabajo de alto apoyo (por ejemplo, trabajo colectivo). El control en el trabajo suele ser la dimensión más importante cuando se considera cada una de ellas por separado. El control en el trabajo se relaciona con la clase social y el género, de forma que los trabajadores manuales tienen un nivel de control inferior al de los trabajadores no manuales, y las mujeres suelen tener niveles de control inferiores a

los de los hombres de la misma clase social, ocupación y categoría . Existen estudios poblacionales que ilustran la desigualdad con relación a la exposición a factores de riesgo para la salud de naturaleza psicossocial.

En los últimos años diversos estudios muestran el efecto negativo sobre la salud de la falta de recompensas o compensaciones del trabajo. Por recompensas del trabajo consideramos el control de estatus, la estima y el salario. El control de estatus incluye la estabilidad laboral, los cambios no deseados, la falta de perspectivas de promoción y la inconsistencia de estatus (realización de una tarea que está por debajo de la propia cualificación). La estima, incluye el respeto y el reconocimiento, el apoyo adecuado y el trato justo. Según el "modelo esfuerzo * recompensa", la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud.

Las exigencias psicológicas, el control sobre el contenido del trabajo, el apoyo social en el trabajo y las recompensas o compensaciones del trabajo son los cuatro ejes básicos que explican el efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud 3. Los trastornos asociados incluyen un amplio abanico que va desde los situados en la esfera psicológica a corto plazo (ansiedad, depresión, insatisfacción laboral, trastornos psicossomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (trastornos cardiovasculares y úlceras de estómago, por ejemplo), efectos en los que el estrés tendría el papel de precursor. Tom Cox sugería en 1978 que, el estrés podría afectar todas las condiciones de salud física y mental, hipótesis que parece cada día más plausible, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectarían los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular.

DE LA IDENTIFICACIÓN A LA ACCIÓN: PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales determina los principios aplicables a la prevención de Riesgos laborales, incluidos los de naturaleza psicossocial. Aún y así, es frecuente la percepción de que los factores psicosociales constituyen realidades excesivamente complejas y difíciles de entender, y que las intervenciones preventivas requieren cambios irrealizables de la organización del trabajo puesto que ésta es de competencia exclusiva de los empresarios. Estas posiciones son, pero, insostenibles para quien se dedica su trabajo a la prevención.

La investigación ha demostrado que algunos de los factores de riesgo para la salud que conocemos son de naturaleza psicossocial. Es cierto que solamente conocemos una parte de la realidad y que ésta es compleja, pero ello no afecta de manera específica a los factores psicosociales sino al conjunto del conocimiento y la prevención: lo mismo sucede en toxicología, por ejemplo, los efectos de las interacciones de bajas dosis de diferentes contaminantes poco tienen que ver con los efectos agudos de cada uno de los contaminantes de manera aislada, que es lo que en realidad conocemos y para lo que disponemos de (algunos) límites de exposición. Pero nadie discute la importancia de la higiene industrial y del control de los contaminantes en el trabajo, posición del todo razonable, por cierto.

Lo que es razonable desde el punto de vista de la prevención es que actuemos allí donde hay necesidades, es a decir, que hagamos alguna cosa para evitar que exposiciones conocidas causen problemas esperados y para los que disponemos de criterios de acción y recursos suficientes. Esto es lo que históricamente ha pretendido la salud pública y la medicina del trabajo, la higiene y la seguridad industrial. Pues bien: de eso se trata: identificar los factores de riesgo psicosocial en los lugares de trabajo y controlarlos. Hace pues falta, en primer lugar, que se realice la evaluación de riesgos (tal y como requiere la ley) y que ésta incluya los factores de riesgo de naturaleza psicosocial.

Una vez identificadas las exposiciones a factores de riesgo hay que desarrollar las medidas necesarias para su eliminación o control, lo que implicará introducir cambios en la organización del trabajo. La organización del trabajo no es intocable: los cambios que se están introduciendo en muchas empresas de la mano de los procesos de mejora de calidad son una prueba de ello. Se trata de introducir cambios favorables para la salud, y de que ésta sea considerada un objetivo de la vida diaria de las empresas. Diversas experiencias avalan la democratización del trabajo como una forma de aumentar el bienestar y la salud de los trabajadores así como la calidad de la producción. Una buena síntesis de estas experiencias puede encontrarse en el trabajo de Di Marino y Karasek que editó la Organización Internacional del Trabajo.

Una empresa puede organizarse de manera saludable mediante la puesta en práctica de medidas concretas que tiendan a:

- a) Fomentar el apoyo social entre las trabajadoras y trabajadores, por ejemplo, potenciando el trabajo en equipo y la comunicación efectiva, eliminando el trabajo en condiciones de aislamiento social
- b) Incrementar las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades, por ejemplo, a través de la eliminación del trabajo estrictamente controlado o pautado, la diversificación, alargamiento o enriquecimiento de tareas, o la provisión de oportunidades para la continuidad entre las tareas individuales
- c) Promocionar la autonomía, por ejemplo, potenciando la participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con los procesos y métodos de producción o control de calidad, dotando a las personas de control sobre el ritmo y los tiempos de trabajo y el orden de las tareas; acercando tanto como sea posible la ejecución a la planificación de todas las dimensiones del trabajo
- d) Fomentar el desarrollo profesional, por ejemplo, mediante la formación y la provisión de oportunidades para la promoción profesional
- e) Garantizar el respeto y el trato justo a las personas, proporcionando estabilidad en el empleo y salarios justos, de acuerdo con las tareas y cualificación del puesto de trabajo; garantizando la equidad y la igualdad de oportunidades entre géneros y etnias
- f) Fomentar la claridad y la transparencia organizativa, definiendo los lugares de trabajo, los roles y las tareas asignadas a cada trabajador y trabajadora
- g) Proporcionar toda la información necesaria, adecuada y a tiempo para facilitar la adaptación a los cambios
- h) Dotar al conjunto de trabajadores de la formación necesaria y suficiente para el correcto desarrollo de su trabajo y la prevención de los riesgos laborales

- i) Facilitar la compatibilidad de la vida familiar y laboral, por ejemplo introduciendo medidas de flexibilidad horaria y de jornada de acuerdo con las necesidades de las personas y no solamente de la producción.

ISTAS-20 - CoPsoQ: CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Istas) ha liderando la adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI) como un instrumento de Evaluación de Riesgos Psicosociales, de probada utilidad para identificar y medir todas aquellas condiciones de organización del trabajo que pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. Su versión castellana, ISTAS-20 (CoPsoQ) ya está disponible y dentro de unas semanas lo estará en lengua catalana. En su adaptación a la realidad española ha participado, además de ISTAS, profesionales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de la Generalitat de Catalunya, de las Universidades Pompeu Fabra y Autònoma de Barcelona, del Gabinete Higia de la CONC, de la Mutua Fraternidad, y traductores profesionales.

Principales características del cuestionario

La versión original danesa

En su versión original danesa, el CoPsoQ es un instrumento multi-nivel.

Una versión corta (8 dimensiones, 44 preguntas) tiene finalidades auto-evaluativas para los propios trabajadores en la empresa. Una versión media (26 dimensiones, 95 preguntas) está destinada al uso profesional (evaluación de riesgos, planificación, inspección), mientras que una versión larga (30 dimensiones, 141 preguntas) tiene finalidades de investigación. Las versiones corta y media incluyen solamente aquellas dimensiones psicosociales para las que hay evidencia epidemiológica de relación con la salud, mientras que la versión larga incluye otros aspectos sobre los que, actualmente, todavía no disponemos de suficientes evidencias. Las tres versiones incluyen la identificación y medida de indicadores de exposición (19 dimensiones psicosociales) y efecto (7 dimensiones de salud, estrés y satisfacción).

La mayoría de las escalas que integran las diversas dimensiones tienen su base en instrumentos ya conocidos y previamente validados (Job Contents Instrument, Whitehall, principalmente, para exposición; SF36 para salud), mientras que algunas otras son ampliaciones de escalas anteriores (exigencias psicológicas, control), y otras escalas son de nueva creación (sentido, previsibilidad).

Comparado con instrumentos anteriores, el CoPsoQ supone un avance en términos de la más extensiva conceptualización de las dimensiones psicosociales a la vez que se presentan éstas en unidades más homogéneas y manejables (las mencionadas 19 dimensiones) desde el punto de vista de la prevención. Por otro lado, el CoPsoQ permite unificar lenguaje e instrumentos de medida de investigadores y prevencionistas y establecer comparaciones entre diversos ámbitos.

Las versiones corta y media permiten comparar las diversas dimensiones psicosociales (19 en total) entre las distintas unidades de análisis que interesen (departamentos de una misma empresa, unidades equivalentes de empresas distintas, puestos de trabajo, categorías profesionales, ocupaciones*) y con niveles de referencia poblacionales.

Estos niveles de referencia poblacionales provienen de una encuesta representativa de la fuerza de trabajo del país. La versión media del CoPsoQ incluye un manual y un CD-ROM con un programa ejecutable que controla la informatización de los datos, ayuda a la definición de los niveles de análisis y produce las comparaciones necesarias con sus referentes nacionales. En la versión corta, estos valores de referencia están contenidos en el manual de auto-evaluación.

La versión castellana

ISTAS ha decidido producir las versiones castellanas del CoPsoQ para, posteriormente, obtener los valores de referencia para el Estado Español de sus dimensiones integrantes y producir las herramientas de apoyo necesarias (programa informático, manuales y acciones formativas para técnicos y delegados de prevención). La versión castellana del CoPsoQ, el cuestionario ISTAS-20, es el primer producto en esta línea.

El cuestionario ISTAS-20 - CoPsoQ incluye la adaptación castellana de las 19 dimensiones psicosociales (o de exposición) del original danés más la dimensión adicional de estima, no incluida en la versión danesa.

Como el original danés, es un cuestionario universal (diseñado para cualquier tipo de trabajo) y auto-administrado (debe ser contestado por cada trabajador/a de forma individual) concebido como un instrumento de evaluación de riesgos laborales que contiene solamente aquellas escalas y preguntas que miden dimensiones psicosociales para las que hay evidencia científica razonable de que afectan a la salud. Las diferentes escalas que miden estas dimensiones serán reducidas para producir las versiones media y corta cuando dispongamos de suficientes datos empíricos para ello.

Cuestionario universal

Como ya hemos mencionado, se trata de un instrumento universal: está diseñado para cualquier tipo de trabajo. La importancia de esta característica para la evaluación de riesgos justifica explicar las razones.

Al ser un instrumento de evaluación de riesgos, sólo incluye aquellas dimensiones para las que hay evidencia científica razonable de que producen algún efecto en la salud de las personas expuestas. La mayor parte de estas evidencias y, en todo caso, las más consistentes, se basan en estudios poblacionales heterogéneos, es decir, incluyen personas de múltiples ocupaciones en múltiples actividades, expuestas a distintos niveles de control sobre el trabajo, apoyo social, etc.

El cuestionario incluye 20 dimensiones psicosociales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el mundo del empleo actual. La relevancia para la salud de todas y cada una de estas dimensiones entre las diferentes ocupaciones y sectores de actividad puede ser distinta (por ejemplo,

la exposición a exigencias psicológicas emocionales es más relevante en trabajos con clientes que entre operarios industriales), pero en todos los casos vamos a usar las mismas definiciones e instrumento de medida, lo que posibilita las comparaciones entre todas ellas. Este hecho es de vital importancia para la investigación (pues podremos disponer de resultados en poblaciones diferentes pero obtenidos mediante los mismos métodos), y para la prevención en distintos aspectos. De un lado, posibilita la contextualización poblacional de los resultados específicos obtenidos en cada empresa y permite comparar distintas unidades de éstas entre sí, aunque en estas unidades existan poblaciones y actividades distintas. Esto supone la mejor base de información posible para la priorización de problemas y actividades preventivas en las empresas que, de hecho, constituyen en si mismas unidades de gestión integradas. Por otro lado, ésta es la alternativa más razonable para la determinación de niveles de referencia y de estándares de calidad. La alternativa contraria, los análisis mediante métodos específicos por sectores de actividad, es incapaz de producir conclusiones generales aplicables a la gran mayoría de empresas (¡pues los métodos de medida son específicos para cada actividad, o sea: son distintos!), e incluso a las diferentes unidades y puestos de trabajo de éstas (pues, en realidad, en una empresa de cualquier sector de actividad conviven varias actividades específicas y multitud de ocupaciones), por lo que solamente pueden producir aproximaciones parciales, probablemente de impacto limitado a poblaciones pequeñas (aquellas que comparten actividad y ocupación).

Otra consideración de gran importancia es la de la equidad. El sentido y el espíritu de la prevención es garantizar que el trabajo no sea nocivo para la salud, independientemente de la actividad, ocupación o cualquier otra condición. Sólo los análisis con métodos universales pueden garantizar que otorgamos a la salud de los trabajadores y trabajadoras en peores condiciones la misma importancia que a la de los colectivos más favorecidos, pues solamente los métodos universales permiten la comparación entre ellos y, por lo tanto, la detección de las desigualdades.

Por último, la alternativa universal tiene la gran ventaja de su menor coste y mayor disponibilidad y accesibilidad. El análisis mediante métodos específicos por actividad requiere un enorme esfuerzo en I+D, puesto que existen centenares de actividades para las que deberían desarrollarse métodos específicos que no están disponibles.

Estructura del cuestionario

El cuestionario de evaluación consta de cuatro secciones:

- a) Contexto social y exigencias del trabajo doméstico y familiar
- b) Condiciones de empleo y de trabajo
- c) Daños y efectos en la salud
- d) Dimensiones psicosociales.

Las dos primeras secciones permiten la caracterización de las condiciones sociales, incluyendo las exigencias del trabajo doméstico y familiar, y de las condiciones de empleo y de trabajo (ocupación, relación laboral, contratación, horario, jornada, salario).

Aunque todas las preguntas contenidas en ambos apartados tienen su interés desde el punto de vista de la investigación, algunas de ellas podrían ser suprimidas en estudios de empresas que su única finalidad fuera la evaluación de riesgos por puestos de trabajo.

Las otras dos secciones, daños y efectos en la salud y dimensiones psicosociales, son preguntas universales para todo tipo de ocupaciones y actividades, y ninguna de ellas puede ni debe ser modificada o suprimida.

Dimensiones psicosociales incluidas

Una orientación preventiva pragmática es facilitar la identificación de riesgos al nivel de menor complejidad conceptual posible, lo que facilita la búsqueda de alternativas organizativas. Este es el motivo de fondo por el que el instrumento que se presenta conceptualiza las cuatro grandes dimensiones descritas en el marco conceptual anterior en un total de 20 dimensiones más abordables desde el punto de vista de organización de las empresas.

Estas grandes dimensiones son:

- a) Exigencias psicológicas del trabajo, que tienen un componente cuantitativo y otro cualitativo y que son conceptualmente compatibles con la dimensión de exigencias psicológicas del modelo demanda- control de R Karasek⁴
- b) Trabajo activo y desarrollo de habilidades, que constituyen aspectos positivos del trabajo, conceptualmente compatibles con la dimensión de control del modelo demanda- control ⁴ (autonomía, posibilidades de desarrollo, participación).
- c) Relaciones sociales en la empresa y liderazgo, conceptualmente compatible con la dimensión de apoyo social del modelo demanda – control expandido por J Johnson⁶
- d) Inseguridad en el empleo, conceptualmente compatible, aunque de manera parcial, con la dimensión de compensaciones del modelo esfuerzo - compensaciones de J Siegrist⁹ (control de estatus: estabilidad del empleo, perspectivas de promoción, cambios no deseados).

A partir de esta dimensión, y considerando algunas otras preguntas del cuestionario (satisfacción con el salario, correspondencia de las tareas con el salario, correspondencia del nivel de formación con el requerido para el puesto) y estima (respeto, reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo) puede calcularse la dimensión compensaciones de este modelo.

A cada una de estas grandes dimensiones le corresponden un número variable de dimensiones psicosociales específicas, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

Grupo dimensiones Dimensiones psicosociales

Exigencias psicológicas

Exigencias cuantitativas

Exigencias cognitivas
Exigencias emocionales
Exigencias de esconder emociones
Exigencias sensoriales

Trabajo activo y desarrollo de habilidades

Influencia en el trabajo
Posibilidades de desarrollo
Control sobre el tiempo de trabajo
Sentido del trabajo
Integración en la empresa

Relaciones sociales en la empresa y liderazgo

Previsibilidad
Claridad de rol
Conflicto de rol
Calidad de liderazgo
Refuerzo
Apoyo social
Posibilidades de relación social
Sentimiento de grupo
Falta de compensaciones Inseguridad (Control de estatus)
Estima (respeto, reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo)

Análisis y resultados

El análisis de datos representa, en esta versión del cuestionario, una fase de cierta complejidad que requiere el tratamiento por expertos, por lo que debe ser realizado por el Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud de ISTAS en Barcelona o bien por otras personas con suficiente capacidad técnica previo acuerdo con ISTAS. Próximamente, el análisis podrá ser realizado por cualquier persona técnica en prevención de riesgos laborales mediante el uso de un CD, actualmente en fase de desarrollo.

El análisis de las respuestas permite observar la puntuación para cada una de las 20 dimensiones psicosociales (puntuadas de 0 a 100) en toda la empresa, en sus distintas secciones y puestos de trabajo (o cualquier otra unidad de análisis que se haya decidido previamente). De esta forma, puede establecerse el rango de puestos de trabajo (y de las otras unidades de análisis) según su puntuación en cada dimensión psicosocial y el proceso recíproco (rango de cada dimensión por unidades de análisis), lo que supone una base objetiva para la identificación de aquellos puestos de trabajo afectados por exposiciones psicosociales nocivas.

Análisis adicionales producen los resultados sobre la relación entre estas dimensiones y las variables de salud (salud general, salud mental, vitalidad y estrés) y satisfacción, así como el peso que cada dimensión puede tener en la explicación de los resultados de salud cuando se tienen en cuenta todas a la vez (análisis multivariante).

El conjunto de los resultados, presentados de forma comprensible mediante tablas y gráficos de barras por unidades de análisis y dimensiones, permite la identificación de áreas de mejora en materia de organización del trabajo. También suponen una base técnica objetiva para la identificación de problemas (de exposición, o sea de riesgo; y de salud, o sea de daño), para el establecimiento de prioridades y para la orientación de la acción preventiva (pues las 20 dimensiones están formuladas en términos operativos, con correlación establecida con acciones preventivas): Por último, fomentan las estrategias participativas y negociadoras en prevención de riesgos laborales (pues el método facilita las bases técnicas necesarias mediante un lenguaje integrador y común).

REPRODUCCIÓN Y SALUD

Jesús Fernández Pueyes
Inspección de Trabajo y Seguridad Social

REPRODUCCIÓN Y SALUD

Jesús Fernández Pueyes. Inspección de trabajo y Seguridad Social

Este capítulo forma parte de la "guía de buenas prácticas para la mejora de la seguridad y salud en el trabajo por razones de reproducción y maternidad", elaborada como uno de los resultados del proyecto Europeo aprobado y subvencionado por la Unión Europea, desarrollado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de España.

Son autores de este capítulo concreto los Inspectores de Trabajo D. Pedro Cano-Manuel Díez, D. Jesús Fernández de Puellas Martínez, D. Eduardo Martín Toval y D^a Ana Belén Martín Hernández.

La "Guía" editada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales como obra efectuada bajo la dirección de D. Ángel Luis Sánchez Iglesias en Mayo 2002.

A) INTRODUCCIÓN

Esta "Guía" trata los factores de riesgo de los trabajadores respecto a :

- **Reproducción: Fertilidad y material genético de la mujer y el hombre**
- **Salud de la trabajadora embarazada o con parto reciente, cuando los efectos de los riesgos son distintos que no estando embarazada**
- **Salud del feto**
- **Salud de la trabajadora en período de lactancia, cuando los efectos de los riesgos son distintos que no lactando**
- **Salud del lactante**

En toda empresa y organización laboral trabajan hombres y mujeres en edad fértil y tienen lugar embarazos como un aspecto más de la vida cotidiana. La situación de embarazo no es una enfermedad y muchas mujeres trabajan durante el embarazo hasta el parto y lo reanudan mientras están lactando al recién nacido.

Existen algunos riesgos específicos en el medio laboral que pueden afectar la seguridad y salud de los trabajadores indicados. El empresario tiene obligación legal de protección de los riesgos laborales ejerciendo una política de prevención que parta del conocimiento de los diversos riesgos y de la aplicación de medidas para prevenirlos y evitarlos.

Los "riesgos del trabajo" que afectan a la reproducción, se han venido asociando principalmente con la protección de la trabajadora embarazada e incluso la protección del embarazo se ha vinculado a la manifestación de la trabajadora sobre su estado.

Los conocimientos actuales en reproducción humana, embarazo y maternidad son concluyentes.

Las medidas de prevención no pueden supeditarse a que la trabajadora manifieste su estado de embarazo, ya que puede ser tarde para evitar posibles problemas reproductivos, por diversos tipos de causas, que pueden interrumpir el desarrollo del embrión y el embarazo. (Infertilidad, aborto, mortalidad perinatal, malformaciones, bajo peso del nacido, retraso etc).

La salud reproductiva se altera por exposiciones a riesgos:

- Durante y después del embarazo
- Desde la fecundación y antes de esta
- En mujeres y en hombres y en estos durante largos periodos de su vida laboral

La mujer conoce su embarazo solo después de unas semanas

- Desconociendo el embarazo el efecto negativo podría producirse antes de tomarse medidas protectoras
- Además los riesgos para el feto inciden durante todo el periodo de gestación hasta al parto

a) Bases biológicas de la reproducción humana¹

1.- El mecanismo de la producción de los gametos masculino y femenino

El embarazo se produce por la unión de dos células, (gametos), masculina (espermatozoide) y femenina (óvulo), dando lugar al embrión (cigoto) y al feto desarrollado en el útero materno. La formación de cada uno de los gametos puede alterarse por la exposición nociva a ciertos agentes externos físicos, químicos y biológicos.



¹ Vid. Informe sobre efectos que pueden tener las sustancias ocupacionales (riesgos laborales) sobre la reproducción de los seres humanos. Medidas para su control, Doctora D^a María Luisa Martínez-Frías Proyecto DGIT y SS. Madrid, 2002.

La formación del espermatozoide es un proceso continuo a partir de la pubertad, durante prácticamente toda la vida del varón, produciéndose así una permanente exposición a agentes ambientales con posibles efectos adversos para la reproducción.

La exposición al agente adverso en la primera fase de formación del espermatozoide (síntesis del ADN) podría causar mutaciones genéticas, anomalías cromosómicas y, dependiendo de períodos más o menos largos, reducción de los espermatozoides ("oligospermia") o su ausencia total ("azoospermia").

La exposición adversa en etapas posteriores de la formación del espermatozoide causaría alteraciones en la morfología y movilidad o viscosidad del líquido seminal, existiendo la posibilidad de que el agente nocivo altere todas las fases a la vez. Los problemas reproductivos serían infertilidad, abortos espontáneos y niños con lesiones congénitas de origen paterno. Muchas de estas alteraciones en la producción de los espermatozoides suelen ser reversibles tras un período mínimo de 72 a 74 días sin estar expuestos al agente.

La formación del óvulo, a diferencia de la del espermatozoide, se inicia en las primeras etapas de un feto femenino. Una niña al nacer ya tiene todos sus óvulos en estado inicial de formación ("ovocito primario"), quedando paralizada la maduración hasta la pubertad, en que se transforma en un "óvulo" cada 28 días, sin que se formen nuevos gametos femeninos.

Esta situación significa que la mujer puede estar expuesta a riesgos en todas las fases.

Inicialmente en la formación del "ovocito". Agentes ambientales nocivos, (físicos, químicos y biológicos), podrían alterar la estructura de los genes o cromosomas. La futura niña nacería normal; pero al tener modificación genética o cromosómica del "óvulo", lo transmitiría a su descendencia.

Posteriormente desde la pubertad. En la maduración de los ovocitos también podrían alterarse los cromosomas del óvulo causando problemas reproductivos genéticos de origen materno.

Durante el embarazo. Agentes externos a la madre y al padre (agentes físicos, químicos y biológicos) pueden llegar al embrión y al feto por la exposición materna (por aspiración, ingestión o absorción cutánea), y alterar el desarrollo produciendo abortos, malformaciones congénitas físicas, psíquicas y funcionales. Asimismo, durante el embarazo ciertas condiciones maternas como el estado de salud de la mujer trabajadora, cansancio, estrés, esfuerzo físico, posturas mantenidas durante mucho tiempo, pueden afectar a la trabajadora e interferir en el buen desarrollo del embrión fetal. Estas circunstancias tendrían efectos diferentes en cada momento de la gestación.

FASE DE LA REPRODUCCIÓN	SEXO	ALTERACIONES	
PRECONCEPCIÓN (acción sobre las células germinales -espermatozoides y ovulos)	♂ ♀	* ESTERILIDAD * ALTERNACIONES CROMOSOMICAS:	Aborto Muerte intrauterina Malformación congénita
EMBARAZO		* ABORTO * MUERTE INTRAUTERINA * MALFORMACION CONGENITA	*BAJO PESO * MORTALIDAD PERINATAL *ENFERMEDADES INFANTILES



Gráfico 6. Fases de la reproducción. INSHT. Elaboración propia.

2.- Las etapas del embarazo

El embarazo es la condición específica femenina en la que durante nueve meses se realiza la gestación con el desarrollo del embrión-feto en etapas bien definidas.

Los riesgos para el desarrollo embrionario y los efectos adversos de los agentes ambientales y condiciones de trabajo son diferentes en cada etapa de gestación.

Las etapas del embarazo se calculan por semanas desde el primer día de la última regla, o desde el día fecundación (fusión del óvulo y el espermatozoide). Según el primer cómputo serán 40 semanas y conforme al segundo 38 semanas.

Blastogénesis: Días 1 al 28 (6 o 4 semanas, según cómputo). La mujer conoce que tiene retraso en la menstruación en la tercera semana de gestación y lo confirma en la cuarta (o sexta semana desde la última regla). Muchos órganos del embrión inician su desarrollo (corazón, sistema nervioso central, cierre del tubo neural y digestivo, esbozo extremidades, etc), sin que la mujer conozca la certeza del embarazo. Se pueden producir exposiciones nocivas a riesgos laborales que afectan gravemente el desarrollo del embrión.

Organogénesis: Días 29 a 56 (7 a 10 semanas desde la última regla ó 5 a 8 desde la fecundación). Se terminan de formar todas las estructuras corporales. A los 56 días el embrión queda totalmente formado como un bebé y mide 30 mm, llamándose feto desde este momento. Los agentes de riesgo pueden causar aborto; pero es más frecuente la aparición de defectos congénitos graves, aunque suelen ser menos severos que los producidos en semanas anteriores.

Fenogénesis: Días 57 al parto (11 semana de la última regla ó 9 desde la fecundación). En este período de 30 semanas, el feto crece. Maduran todas sus estructuras corporales y el sistema nervioso central que terminará más allá del nacimiento. La exposición a

agentes adversos, dependiendo de la dosis y el tiempo de exposición puede incrementar el riesgo de alteraciones funcionales como retraso mental, disfunciones renales y neurológicas y destrucción de órganos bien formados por alteraciones del flujo sanguíneo .

3.- Consecuencias derivadas de la biología del desarrollo humano

La protección de la reproducción humana y de la maternidad debe partir de las condiciones biológicas del hombre y la mujer, desde antes de la fecundación y durante todas las semanas del embarazo hasta el parto, con las peculiaridades de cada período, incluida la etapa en que la mujer

desconoce el embarazo, las primeras etapas de formación de los gametos de las futuras niñas posteriormente madres y la formación de los gametos masculinos.

Existen pocos datos sobre los riesgos que puedan tener los diferentes agente ocupacionales para la reproducción humana y además la mayoría se refieren a mujeres embarazadas por disolventes orgánicos.

Hay problemas metodológicos por diversas causas en los estudios epidemiológicos; no obstante, ciertos resultados indican que en general, **los factores críticos** para producir aborto y malformaciones congénitas, (tanto en agentes químicos como físicos), **son la dosis y el tiempo de exposición**, con evidencias de efectos teratogénicos a altas dosis del agente tóxico o dosis menos altas mantenidas en el tiempo.

Es un hecho probado que en la mayoría de las sustancias ocupacionales de que se sabe (o sospecha) que pueden suponer un riesgo, **las medidas preventivas son relativamente sencillas y posibles de establecer**, ya que la posibilidad del riesgo de no establecerlas es mucho más costosa, tanto desde el aspecto humano y social como desde el económico.

<p>La protección de la reproducción humana examinará para cada agente:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Naturaleza agente adverso.▪ Dosis exposición.▪ Duración exposición.▪ Susceptibilidad individual.
--

b) Objeto de la normativa de seguridad y salud

El objeto de la normativa comunitaria (Directiva Marco 89/391/CEE y Directiva específica sobre protección de la maternidad 82/95/CEE) y de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)² es "promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo".

La protección de los riesgos sobre la reproducción humana de los trabajadores, hombres y mujeres, así como la protección de la maternidad, se incluye en el principio general de que "los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz frente a los riesgos laborales y que, el citado derecho supone la existencia de un correlativo deber de protección del empresario".

La LPRL señala que forma parte del derecho de protección, la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras y la protección de la maternidad (embarazo, parto reciente y lactancia).

² Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE del 10). A partir de ahora LPRL.

La obligación empresarial de realizar la evaluación de riesgos comprende los de exposición a agentes físicos, químicos y biológicos de carácter ocupacional para adoptar medidas adecuadas

1.- Protección de la función de procreación.³

Riesgos Reproducción Humana
Exposición a agentes
Físicos Químicos y Biológicos.
Efectos, mutagénicos o tóxicos, para la
fertilidad y el desarrollo descendencia.
Adopción medidas preventivas
necesarias.

2.- Protección de la maternidad.⁴

Embarazada, con parto reciente o en
lactancia.
Evaluación naturaleza, grado, duración
exposición a agentes, procedimientos y
condiciones de trabajo de influencia negativa
en la salud de la trabajadora embarazada, del
feto o del hijo.
Cualquier actividad susceptible de riesgo
específico

c) Conceptos aplicables en prevención de riesgos laborales

Prevención es "el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo" (Artículo 4.1 LPRL).

Es **riesgo laboral** la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo (Artículo 4 LPRL)⁵.

Son **daños derivados del trabajo** las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo (Artículo 4 LPRL).

Es **condición de trabajo** cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador (Artículo 4 LPRL).

La **evaluación de los riesgos laborales** es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse (Artículo 3 Real Decreto 39/1997)⁶

³ Artículo 25.2 LPRL.

⁴ Artículo 26.1 y 4 LPRL.

⁵ En las Directrices de 5/10/2000 de la Comisión en desarrollo de la Directiva 92/85/CEE, el riesgo se define como la probabilidad de que la capacidad para ocasionar daños se actualice en las condiciones de utilización o de exposición, y la posible importancia de los daños.

⁶ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE del 31). A partir de ahora RSP.

El **peligro** es definido como la propiedad o aptitud intrínseca de algo para ocasionar daños. (Directrices de 5/10/2000 de la Comisión respecto a la Directiva 92/85/CEE).

Trabajadora embarazada, a efectos de la Directiva 92/85/CEE, es cualquier trabajadora embarazada que comunique su estado al empresario, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales (Directrices de la Comisión de 5/10/2000 - Directiva 92/85/CEE). La norma nacional, nada dice sobre la exigencia de comunicación de la situación al empresario por la trabajadora embarazada (Artículo 26 LPRL).⁷

Trabajadora que ha dado a luz, a efectos de la Directiva 92/85/CEE, es cualquier trabajadora que haya dado a luz recientemente en el sentido de las legislaciones y/o prácticas nacionales, que comunique su estado al empresario, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas nacionales. (Directrices de la Comisión de 5/10/2000 - Directiva 92/85/CEE).⁸

Trabajadora en período de lactancia, a efectos de la Directiva 92/85 CEE, es cualquier trabajadora en período de lactancia en el sentido de las legislaciones y/o prácticas nacionales, que comunique su estado al empresario, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas nacionales. (Directrices de la Comisión de 5/10/2000 - Directiva 92/85/CEE).⁹

El trabajador tiene derecho a la protección de su seguridad y salud, y el empresario la obligación de protegerle en las situaciones de:

Hombres y Mujeres frente a los riesgos para la reproducción, tales como los que den lugar a efectos mutagénicos o tóxicos para la procreación (fertilidad y desarrollo de la descendencia)

Maternidad: embarazo, parto reciente y lactancia

B) OBLIGACIONES GENERALES DEL EMPRESARIO

⁷ Una reciente sentencia al respecto señala: "...Hay que señalar que la legislación española, incluso la más reciente ley 39/99 de 5 noviembre..., no ha incluido las definiciones de la Directiva 92/85 CEE del Consejo, relativas a la mujer embarazada o en período de lactancia, como la trabajadora que, en esas situaciones, 'comunique su estado al empresario, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales'. Al omitir esta definición, se ha de entender que el criterio legal es el de no exigir a la mujer trabajadora que comunique su estado al empresario, constituyendo ello una mejora respecto de la Directiva 92/85. El embarazo, por tanto, permanece en el ámbito del derecho a la intimidad de la mujer trabajadora (art. 18.1 de la Constitución) en tanto no decida en otro sentido. Consecuencias de ello serán que la protección legal a que se refiere el art. 26 de la ley 31/95, no se active si la trabajadora no comunica su estado -pero si es notorio, el empresario ha de cumplir sus deberes de protección en todo caso-.....Lo establecido en el art. 29.2 6º de la ley 31/95, (obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos), no puede interpretarse en el sentido de que incluya la exigencia de que la mujer trabajadora informe al empresario de su estado de gestación. No existiendo este deber, no puede hablarse tampoco de un incumplimiento sancionable conforme al art. 29.3 de la citada ley, ni de un quebrantamiento del deber de buena fe de la trabajadora." (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Social) de 18 de mayo de 2000).

⁸ Vale aquí también la anterior referencia al derecho nacional en la definición de la trabajadora embarazada, y el contenido de la anterior nota 3.

⁹ Idem que anterior nota 4.

a) Protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales¹⁰

El deber de protección del empresario exige la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores con las especialidades recogidas en la ley sobre evaluación de los riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, vigilancia de la salud, y la constitución de una organización para gestionar la prevención, fijando de los medios necesarios

El empresario debe garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo:

- Derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo***
- Correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales***

b) Realizar la actividad preventiva¹¹

- ❖ La acción preventiva requiere la integración de la prevención en el conjunto de las actividades y decisiones empresariales y en todos los niveles jerárquicos de la empresa.
- ❖ La implantación de un plan de prevención de riesgos con un contenido específico sobre:
 - La estructura organizativa constituida para desarrollar la acción preventiva.
 - La definición de funciones a cada elemento dentro de esa estructura orgánica.
 - Las prácticas, procedimientos, procesos y recursos necesarios para llevar a cabo dicha acción.
- ❖ El punto de partida exige el conocimiento de las condiciones de cada puesto de trabajo, para identificar y evitar los riesgos y evaluar los que no puedan evitarse. Partiendo de los resultados obtenidos, el empresario planificará la actividad preventiva de acuerdo con las necesidades manifestadas en este proceso.

El empresario debe implantar un plan de prevención de riesgos que, como toda su actividad preventiva, ha de integrarse en el conjunto de las actividades empresariales, las decisiones, los procesos y la organización del trabajo, las condiciones en que éste se preste y toda la línea jerárquica de la empresa

c) La evaluación de los riesgos¹²

¹⁰ Directiva Marco 89/391/CEE. Directiva 92/85/CEE. Directrices CEE de 5.10.2000. Artículo 14 LPRL.

¹¹ Artículos 4.1º, 14.2 y 15 LPRL. Artículos 1 y 2 RSP.

¹² Directiva Marco 89/391/CEE. Directiva 92/85/CEE. Directrices CEE de 5.10.2000. Artículos 15, 16, 25.2 y 26 LPRL. Artículos 3 a 7 RSP.

La evaluación general que debe seguir todo empleador incluye todos los riesgos existentes y por tanto los factores de riesgo como agentes nocivos y su incidencia para la salud que puedan afectar a la reproducción humana y la maternidad que deben ser identificados, evitados y evaluados con la finalidad de establecer las medidas de protección adecuadas

La Comisión de la Unión Europea, en aplicación de la Directiva 92/85/CEE (Artículo 3), ha señalado las "Directrices" para la evaluación de los agentes físicos, químicos y biológicos así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de las trabajadoras embarazadas, con parto reciente o en periodo de lactancia, incluyendo los movimientos y posturas, la fatiga mental y física y las demás cargas físicas y mentales.

El objeto de las "Directrices" es servir de guía para la evaluación de cualquier actividad que pueda presentar un riesgo específico de exposición a alguno de los agentes, procedimientos o condiciones de trabajo, cuya lista no exhaustiva figura en el anexo I de la Directiva 92/85/CEE.

"La evaluación de riesgos consiste en un examen sistemático de todos los aspectos de la actividad profesional con objeto de determinar las causas probables de lesiones o daños y establecer la manera de controlarlos a fin de eliminar o reducir los riesgos". El proceso de evaluación según la Directiva 92/85/CEE específica de protección de la maternidad tiene, como mínimo, tres fases:

- **Identificación de los peligros:** Los agentes físicos, químicos y biológicos; procedimientos industriales, movimientos y posturas, fatiga mental y física y otras cargas físicas y mentales.
- **Identificación de las categorías de trabajadoras:** Trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en periodo de lactancia.
- **Evaluación de los riesgos,** tanto en términos cualitativos como cuantitativos.

La actividad de evaluación de riesgos es el instrumento preventivo fundamental de que dispone el empresario, con independencia del tamaño y sector de actividad de la empresa, para la eliminación, minimización o control de todos los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores.

El empresario debe evaluar los riesgos para la reproducción y la maternidad que no se puedan evitar

d) Evaluación inicial y general¹³

La LPRL señala que "la acción preventiva en la empresa debe planificarse por el empresario, a partir de una evaluación inicial de riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, que se realizará, con carácter general, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, y en relación con aquellos que estén expuestos a riesgos especiales".

Esta evaluación inicial debe identificar los peligros y tener en cuenta lo dispuesto sobre protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

- ❖ **Protección frente a riesgo** que puedan incidir en la **función de procreación**, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad, tanto en los aspectos de fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias.
- ❖ **Protección de la maternidad** incluyendo en la evaluación la determinación de la naturaleza, el

¹³ Artículos 16, 25.2 y 26 LPRL y Artículo 4 RSP.

grado y la duración de la exposición en situación de **embarazo o parto reciente**, como riesgos potenciales a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico.

- ❖ **Protección de la mujer trabajadora durante el período de lactancia** que debe ser objeto de la misma acción de evaluación de riesgos que en el caso de embarazo y parto reciente, si pudieran influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo.

La evaluación de los riesgos que no hayan podido evitarse, debe hacerse por el empresario para cada puesto de trabajo en que concurren dichos riesgos, con intervención de personal competente.

- **La evaluación inicial de los riesgos en la empresa, se realizará con carácter general, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, por cada uno de los puestos de trabajo.**
- **El empresario ha de tener en cuenta los riesgos que afecten a la función de procreación y a la maternidad (embarazo, parto reciente y lactancia)**

e) Las evaluaciones periódicas, las actualizaciones y revisiones de la evaluación¹⁴

Cuando el resultado de la evaluación lo hiciera necesario, el empresario debe realizar:

- ❖ **Controles periódicos** de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores en la prestación de sus servicios, para detectar situaciones potencialmente peligrosas.
- ❖ **Actividades de prevención**, incluidas las relacionadas con los métodos de trabajo y de producción que garanticen un mayor nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores. Estas actividades preventivas deben actualizarse como consecuencia de los controles periódicos.
- ❖ **Revisiones y actualizaciones:**
 - Con ocasión de la elección de los equipos de trabajo, de las sustancias o preparados químicos y del acondicionamiento de los lugares de trabajo.
 - Cuando cambien las condiciones de trabajo
 - Cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores, tras la investigación de sus causas, o cuando la vigilancia de la salud señale indicios de que las medidas preventivas resultan insuficientes.
- ❖ **Evaluación adicional de los riesgos en caso de trabajadoras en situación de embarazo, con parto reciente o en período de lactancia**, una vez conocida la situación, para determinar la naturaleza, grado y duración de la exposición a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Esta evaluación de los riesgos se fundamenta en que la situación de embarazo, (ver apartado A "bases biológicas de la reproducción humana"), está en constante evolución y además varía en cada individuo, afectando no solo a la mujer, al embrión, al feto y al lactante.
- ❖ **Vigilancia y control de la salud.** El personal sanitario del servicio de prevención debe estudiar y

¹⁴ Artículos 16 y 26 LPRL y Artículo 37.3.g) RSP.

valorar especialmente los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente y proponer así las medidas preventivas adecuadas.

Conocida la situación de embarazo, parto reciente o lactancia, el empresario deberá realizar una evaluación adicional de los riesgos para determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de la trabajadora a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en su salud o la del feto y del hijo lactante.

f) Procedimiento de evaluación ¹⁵

- ❖ **Información.** Se identifican los agentes de riesgo químico, físico y biológico y otras condiciones de trabajo que puedan afectar a la reproducción humana y a la maternidad y se identifican los trabajadores expuestos.
- ❖ **Supresión** de los riesgos que se puedan evitar.
- ❖ **Valoración.** La valoración de los riesgos se realiza por personal competente en función de criterios objetivos, según los conocimientos técnicos existentes o consensuados con los trabajadores. Esta valoración se realizará según **norma específica** de regulación del procedimiento de evaluación, como por ejemplo se establece para el agente físico ruido y radiaciones ionizantes, o se realizará, cuando **no exista norma específica**, conforme métodos y criterios recogidos en normas UNE y Guías del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y los protocolos del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como de Instituciones competentes de las Comunidades Autónomas y normas internacionales.
- ❖ **Para la protección de la trabajadora embarazada, con parto reciente o en periodo de lactancia,** la Comisión de la UE, ha elaborado "Directrices con criterios específicos para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, los procedimientos industriales considerados como peligrosos, así como los movimientos y posturas, la fatiga mental y física y las demás cargas físicas y mentales para la salud o la seguridad de las mismas trabajadoras".
- ❖ **Principio de cautela** o de precaución general en favor de la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores incluye la reproducción humana y maternidad. *"El procedimiento de evaluación deberá proporcionar confianza sobre sus resultados. En caso de duda deberán adoptarse las medidas preventivas más favorables, desde el punto de vista de la prevención"*. ¹⁶

El procedimiento de evaluar supone:

- La identificación de los peligros existentes**
- La identificación de las categorías de trabajadores afectados**
- El procedimiento utilizado debe dar confianza sobre su resultado**
- En el proceso, los trabajadores tienen derecho a informar sobre los riesgos específicos (para la reproducción o la maternidad) que pueden afectarles**

¹⁵ Directrices CEE de 5.10.2000. Artículo 5 RSP.

¹⁶ Directrices CEE de 5.10.2000. Artículo 5 RSP.

- **La valoración se hará con criterios objetivos (mediciones, análisis, ensayos conforme normativa), contenidos en las Directrices UE (5.10.2000), de aplicación Directiva específica 92/85/CEE**
- **Principio de cautela en la adopción de medidas preventivas más favorables en caso de duda sobre los resultados para evitar o mitigar los riesgos**

g) Información, consulta y participación de los trabajadores¹⁷

Uno de los elementos básicos del enfoque de la prevención de riesgos laborales en la Unión Europea y LPRL es la información y la formación de los trabajadores, para el conocimiento del alcance real de los riesgos ocupacionales y la forma de prevenirlos y evitarlos.

El "deber de protección" del empresario incluye la **información sobre los riesgos de carácter específico para la reproducción y la maternidad**. El empresario adoptará medidas adecuadas para que los trabajadores reciban **todas las informaciones** necesarias respecto.

- A los riesgos que puedan incidir en la **función de procreación**, en particular por la exposición a agentes que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación en los aspectos de fertilidad y desarrollo de la descendencia, del conjunto de la empresa y de cada tipo de puesto y función y las medidas y actividades de protección y prevención aplicables.
- A los riesgos a agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las **trabajadoras en situación de embarazadas y del feto, con parto reciente o lactancia**, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico.
- La **información** se facilitará a través de los representantes de los trabajadores; no obstante deberá informarse directamente a **cada trabajador de los riesgos específicos**.
- El empresario debe consultar a los representantes de los trabajadores o a estos mismos, en ausencia de representantes, acerca del procedimiento de evaluación. Expresamente es obligada la **consulta** a los representantes de los trabajadores para determinar la **relación de puestos de trabajo exentos de riesgo** para la salud de la trabajadora embarazada o del feto y para la lactancia.

- **Los trabajadores tienen derecho a ser informados individualmente de los riesgos específicos (reproducción y maternidad) de su puesto de trabajo o función y de las medidas de protección o prevención aplicables**
- **Los trabajadores tienen derecho a ser consultados sobre los riesgos en la evaluación.**
- **Los trabajadores tienen derecho a participar a través de sus representantes, o directamente si éstos no existen, en cuantas cuestiones afecten a su seguridad y salud en el trabajo**
- **Para determinar los puestos de trabajo exentos de riesgos para la maternidad, el empresario debe consultar previamente a los representantes de los trabajadores**

¹⁷ Artículos 14.1, 18 y 26 LPRL.

- El empresario debe garantizar la formación de cada trabajador en los riesgos específicos de su puesto de trabajo o función y medidas de protección*
- La formación debe ser suficiente, adecuada y actualizada*
- Debe realizarse en jornada laboral o fuera de ella con el descuento horario correspondiente*
- No puede suponer coste alguno para el trabajador*

h) Formación de los trabajadores¹⁸

El empresario debe garantizar que cada trabajador reciba formación en materia preventiva, de contenido teórico y práctico, en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de ésta. La formación será impartida por la empresa mediante medios propios o concertados.

i) Vigilancia de la salud¹⁹

El empresario garantizará a sus trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo identificados y valorados en la evaluación de riesgos.

¹⁸ Artículos 14.1 y 19 LPRL.

¹⁹ Artículos 14.2 y 22 LPRL y Artículo 37.3 RSP.

Vigilancia voluntaria para el trabajador con las excepciones cuando los reconocimientos sean imprescindibles, previo informe favorable de los representantes:

- Para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.
- Cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.
- Estas medidas se llevarán a cabo respetando la intimidad y la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Los resultados de la vigilancia serán comunicados a los trabajadores afectados y no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador y se llevarán a cabo por personal sanitario competente.

En materia de vigilancia de la salud la **actividad sanitaria comprenderá:**

- Una evaluación de la salud inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos.
- Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
- Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos.

La vigilancia de la salud estará **sometida a protocolos específicos** u otros medios de las Autoridades Sanitarias referidos a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador (conforme a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad).

El contenido de la **vigilancia de la salud** incluirá:

- Una historia clínico-laboral, en la que se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas.
- Una descripción de los anteriores puestos de trabajo (de ser posible), riesgos presentes en aquellos y tiempo de permanencia para cada uno de ellos.
- El personal sanitario del servicio de prevención deberá conocer las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.

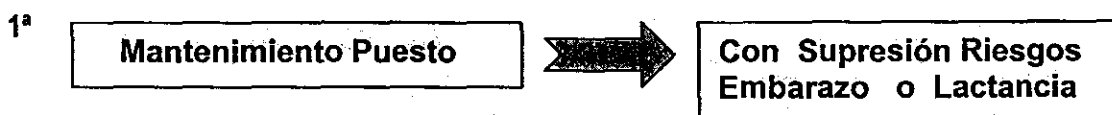
El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">□ <i>El empresario garantizará a los trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos a que estén sometidos</i>□ <i>La vigilancia de la salud será particularmente exigible en los casos de riesgos para la reproducción o la maternidad</i>□ <i>Previo consentimiento del trabajador, salvo excepciones</i> |
|---|

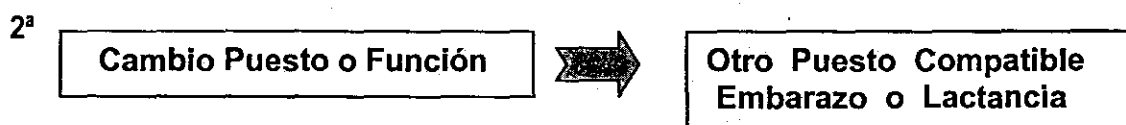
- **Respeto al derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona**
 - **Garantía de confidencialidad plena**
- **Desarrollada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada**

j) Planificación de la actividad preventiva y resultados²⁰

Cuando el resultado de la evaluación revelase un riesgo para la seguridad y la salud o repercusión sobre el **embarazo o la lactancia** de las trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar los daños de exposición a dicho riesgo, con prioridades ordenadas:

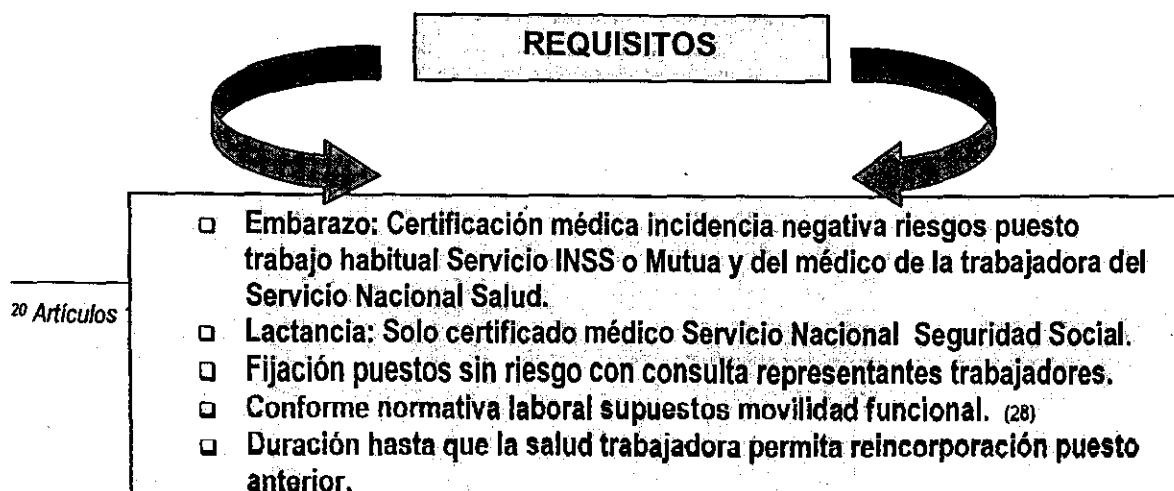


Eliminación del riesgo por adopción de medidas preventivas. Se adaptan las condiciones o el tiempo de trabajo incluyendo, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.



Cuando no resulte posible mantener el puesto habitual o cuando; a pesar de la adaptación, las condiciones del puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la embarazada o del feto o de la lactancia o hijo; la trabajadora deberá desempeñar un puesto o función diferente compatible con su estado, dentro de su grupo profesional o categoría equivalente y de no ser posible, otro fuera de su grupo profesional o categoría equivalente según reglas y criterios aplicables a los supuestos de movilidad funcional normativa laboral.

El empresario deberá determinar, previa consulta con los representantes de los trabajadores, relación de puestos exentos de riesgo a efectos de los cambios de puesto o función.



3ª



Cuando el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo²¹, durante el periodo necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado.

La situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo para la mujer o el feto es una contingencia protegida del Sistema Público de Seguridad Social con el subsidio correspondiente. (Ver regulación recogida en otra parte de esta Guía²²).



Lactancia

Durante el periodo de lactancia, si las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo y así lo certifique el médico del sistema de Seguridad Social, el empresario deberá adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición al riesgo mediante la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo o el cambio de puesto de trabajo, en los mismos términos que los señalados en el supuesto de embarazo. En lactancia no es aplicable la situación de suspensión del contrato por riesgo.

- **En caso de embarazo y parto reciente, si existe riesgo el empresario debe:**
 - **Adaptar las condiciones de trabajo o el tiempo de trabajo del puesto (incluida la no realización de trabajo nocturno o a turnos)**
 - **Cambiar a la trabajadora a otro puesto compatible con su estado, si no pueden limitarse o corregirse los riesgos del habitual**
 - **Y, en caso de embarazo, si no existe puesto sin riesgo, suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, con derecho a prestación de la Seguridad Social**

²¹ Artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores.

²² El estudio detallado tanto de la causa de suspensión por riesgo como de la prestación económica del mismo nombre, se contiene en el Apartado III. Permisos y Prestaciones de la Guía.

□ En caso de lactancia, la trabajadora tiene los mismos derechos, excepto el de suspensión del contrato por riesgo

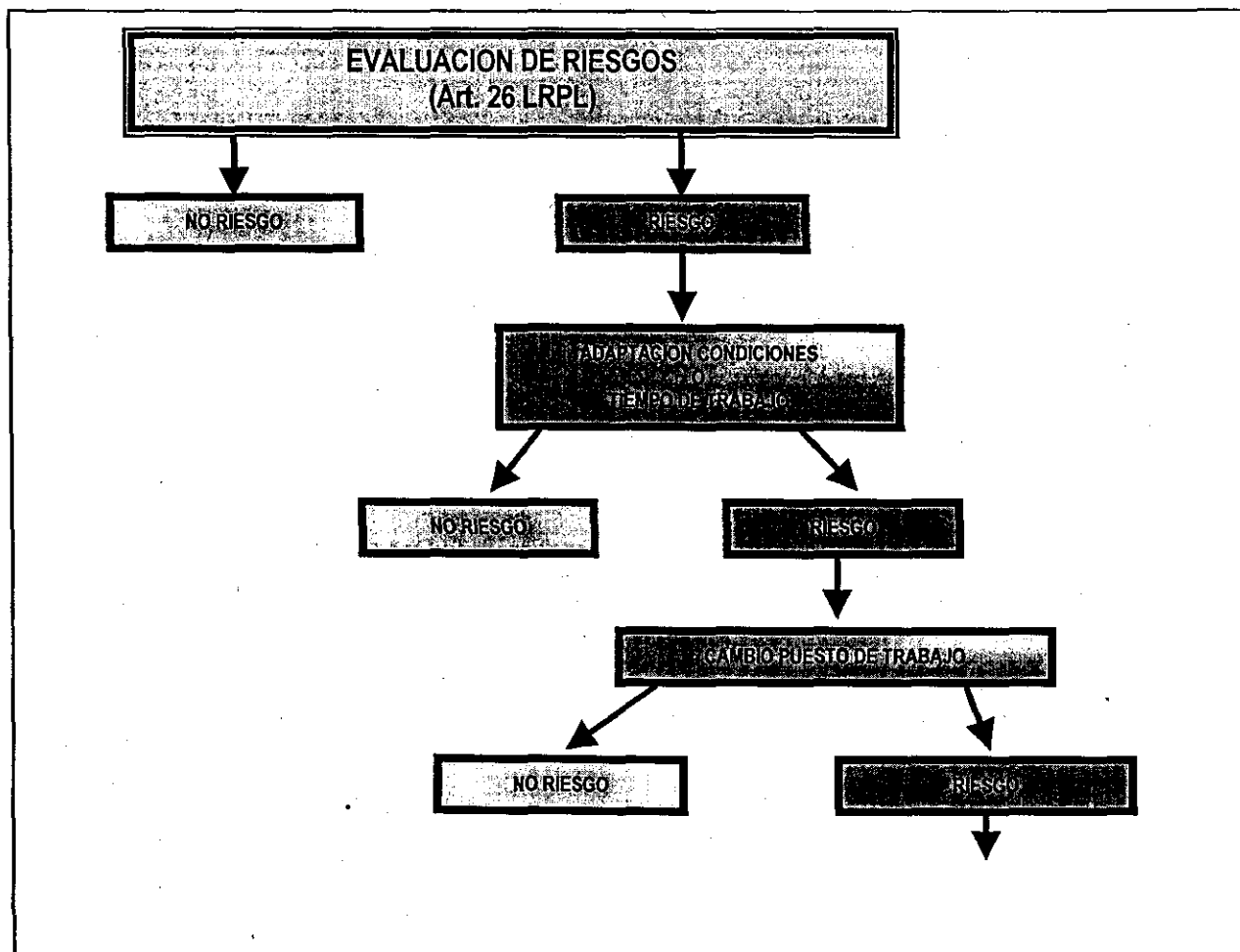


Gráfico 7. Medidas que deben adoptarse en caso de riesgo por maternidad. Elaboración propia.

C) PELIGROS DE CARÁCTER GENERAL Y SITUACIONES ASOCIADAS.

Los cambios físicos que se producen durante el embarazo (en la presión arterial, hormonales, modificación de la curvatura de la columna vertebral, aumento de peso, desplazamiento del centro de gravedad...) suponen una situación especial para la mujer, que la hacen más proclive al cansancio y a la fatiga.

Estos cambios son variables en función del mes de embarazo, por lo que la evaluación de riesgos laborales deberá tenerlos en cuenta para que la empresa adopte las medidas adecuadas a fin de evitar riesgos para la madre.

a) Fatiga mental y física y tiempo de trabajo

La carga de trabajo se ha definido como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometida la persona durante la jornada laboral. La consecuencia directa de la carga física es la fatiga muscular. La fatiga física se ha definido como la disminución de la capacidad física de la persona después de haber desarrollado una tarea durante un tiempo determinado.

La fatiga mental y física aumenta durante el embarazo y el periodo después del parto debido a las transformaciones fisiológicas y de otro tipo. No todas las mujeres se ven afectadas de la misma manera y los riesgos asociados varían según el tipo de trabajo, las condiciones en que se realiza y la persona en cuestión.

La organización del tiempo de trabajo (horas extras, exceso de jornada, trabajo a turnos, trabajo nocturno) influye en la fatiga física pudiendo afectar a la salud de la mujer embarazada y a la del nonato, así como a la recuperación de aquélla tras el parto o a su capacidad para la lactancia. Pero además puede aumentar el riesgo de estrés.

El cambio de presión arterial que puede ocurrir durante el embarazo, y después de la gestación y el parto hace que se deba tener en cuenta el régimen de descansos.

En relación con el *trabajo nocturno y a turnos*²³, la ley española establece:

- La obligación del empresario de evaluar cómo influye el tiempo de trabajo en la salud de la mujer embarazada, que ha dado a luz recientemente o lactante.
- La adopción de las medidas necesarias para evitar la exposición al riesgo a través de la adaptación del tiempo de trabajo. Dichas medidas incluirán, cuando resulte preciso, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.

²³ Artículo 26.1 y 4 LPRL.

Posturas forzadas. Medidas de prevención:

- Vigilar el tiempo de trabajo
- Asegurar la disponibilidad de asientos, en caso necesario
- Adaptación de los puestos de trabajo para evitar accidentes
- Eliminar problemas de posturas

Fatiga mental y física y tiempo de trabajo. Medidas de prevención:

- Adaptación temporal de los horarios de trabajo. En su caso, no realización de trabajo nocturno
- Adaptación de la organización y duración de los turnos de trabajo

b) Posturas forzadas asociadas a la actividad profesional de la trabajadora embarazada o que ha dado a luz recientemente

El trabajo en espacios reducidos o en puestos que no se adapten suficientemente al aumento de volumen de la trabajadora embarazada puede dar lugar a esguinces o tensiones. El equilibrio puede disminuir y aumenta la frecuencia de accidentes.

c) Trabajo en altura

El trabajo realizado por la mujer embarazada a determinada altura, sobre escaleras de mano, plataformas, etc. puede aumentar el riesgo de accidente.

Trabajo en altura. Medidas de prevención:

- Garantizar que la trabajadora embarazada no trabaje en altura**

d) Trabajo en solitario

En este tipo de trabajos, las trabajadoras embarazadas están más expuestas al riesgo en caso de caídas o necesidad de asistencia médica urgente.

Trabajo en solitario. Medidas de prevención:

- En su caso, revisión de los sistemas de comunicación o supervisión y de los procedimientos de emergencia**

e) Estrés profesional

Se ha definido el estrés como el fracaso a la adaptación física y mental ante una situación negativa.

Las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente pueden verse particularmente afectadas por el estrés profesional como consecuencia de los cambios hormonales, fisiológicos y psicológicos inducidos por su estado. Los psicológicos pueden afectar a las personas más vulnerables a la depresión y a la ansiedad.

Algunos estudios establecen una relación entre el estrés y una mayor incidencia de abortos, y entre el estrés y la reducción de la capacidad de lactancia.

Estrés profesional. Medidas de prevención:

- El empresario deberá tener en cuenta los factores de estrés conocidos (trabajo a turnos, cargas de trabajo), y los factores médicos y psicosociales particulares que afectan a cada mujer.**

f) Actividades realizadas de pie

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo pueden dar lugar a una congestión periférica cuando se trabaja de pie. La trabajadora embarazada puede sufrir vértigos o desmayos, así como partos prematuros si está de pie o andando durante largos periodos de tiempo de la jornada de trabajo.

Actividades realizadas de pie. Medidas de prevención:

- **Aplicación de las medidas previstas en el Real Decreto 486/97, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.**
- **Embarazadas y lactantes deben poder descansar tumbadas en condiciones adecuadas (Anexo V del citado Real Decreto)**
 - **Disponibilidad de asientos en caso de necesidad**
 - **Combinación de trabajo de pie y trabajo sentado.**

g) Actividades realizadas en posición sentada

Se intensifican los dolores musculares en la región lumbar y la espina dorsal, con riesgo relativamente elevado de trombosis y embolia.

Actividades realizadas en posición sentada. Medidas de prevención:

- **Aplicación de las medidas previstas en el Real Decreto 486/97, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.**
- **Embarazadas y lactantes deben poder descansar tumbadas en condiciones adecuadas (Anexo V del citado Real Decreto)**
 - **Disponibilidad de asientos en caso de necesidad**
 - **Combinación de trabajo de pie y trabajo sentado**

h) Ausencia de zonas de descanso y tabaquismo

Se produce un incremento de la necesidad de reposo, tanto físico como mental.

El humo del tabaco es mutagénico y cancerígeno, siendo un importante riesgo para el embarazo²⁴.

Ausencia de zonas de descanso y tabaquismo. Medidas de prevención:

- **Existencia de adecuadas instalaciones de descanso**
- **Sensibilización sobre riesgos del tabaquismo**

²⁴ El Artículo 7 del Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, prohíbe fumar en "lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial" y en "cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas".

i) Riesgo de infección o de enfermedades de riñón como resultado de instalaciones sanitarias poco adecuadas

Las trabajadoras embarazadas y lactantes corren un mayor riesgo de infección y de enfermedades de riñón, si no existe un acceso fácil y seguro a las instalaciones sanitarias (servicios higiénicos).

Las mujeres embarazadas se ven a menudo obligadas a utilizar los servicios con mayor frecuencia y urgencia que los demás trabajadores. Las mujeres en periodo de lactancia pueden verse afectadas debido a la mayor ingestión de líquidos para favorecer la producción de leche materna de calidad.

Riesgo de infección y de enfermedades renales. Medidas de prevención:

- Medidas generales contempladas en el R.D. 486/97, de 14 de abril.***
 - Disponibilidad de locales de aseo, retretes y duchas***
 - Suministro de medios especiales de limpieza en caso necesario***
 - En caso de separación, fácil comunicación de aseos y vestuarios***
- En actividades ininterrumpidas de procesamiento o trabajo en equipo, previsión de posible abandono del puesto de trabajo con mayor frecuencia y sin tiempo de aviso, y adaptación del tiempo de trabajo***

j) Peligros derivados de alimentación inadecuada

Las embarazadas pueden necesitar con mayor frecuencia pausas para el almuerzo y un acceso mas frecuente al agua potable y otras bebidas. Sus hábitos y preferencias alimentarias pueden cambiar, especialmente durante los primeros meses de embarazo.

Alimentación. Medidas de prevención:

- Adaptación de tiempo de descansos para comidas de acuerdo con la interesada***
- Disposición de agua potable en cantidad suficiente y fácilmente accesible, evitando su contaminación***
 - Si pueden existir dudas, se indicará si el agua es potable o no***

D) RIESGOS ESPECÍFICOS PARA LA REPRODUCCIÓN HUMANA Y PARA LA MATERNIDAD

Conforme al orden sistemático seguido por las "Directrices de la Comisión Europea" de 5 de octubre de 2000, se analizan separadamente: los agentes físicos, los biológicos, los químicos y las condiciones de trabajo.

a) Agentes físicos

1.- Choques, vibraciones o movimientos²⁵



Factor de Riesgo



Vibraciones mecánicas y ultrasónicas

²⁵ Directiva Marco 89/391/CEE y Directiva 92/85/CEE. Directrices de 5.10.2000. LPRL.

Las vibraciones mecánicas constituyen un riesgo por choques frecuentes, golpes violentos y bruscos y por exposición a movimientos de lado a lado con los que se entra en contacto al tocar las partes vibrantes de un vehículo, un suelo vibrante o una herramienta vibrátil. Hay vibraciones que afectan a todo el cuerpo o solo a las manos y brazos. Las de tipo corporal y baja frecuencia pueden constituir riesgo según duración e intensidad.

Las vibraciones ultrasónicas mecánicas se transmiten con la velocidad del sonido dentro de una sustancia sólida, líquida o el aire y están producidas por una fuente como aparatos médicos de diagnóstico y tratamiento, soldadoras ultrasonoras, taladradoras, aparatos ultrasónicos etc. El oído humano es incapaz de percibir ultrasonidos.

❖ Efectos

Trabajadora embarazada: Los choques y vibraciones aumentan el riesgo de parto prematuro y bajo peso del nacido, además de molestias de espalda al disminuir la tolerancia del aparato locomotor, pueden aparecer afecciones digestivas, siempre en relación con el grado y tiempo de exposición.

Trabajadoras en período de lactancia: No tienen riesgos distintos que los demás trabajadores.

Reproducción humana: Las vibraciones mecánicas tienen un efecto adverso sobre la reproducción en experimentación animal. Se ha observado en un estudio reciente²⁶ que también en hombres ocupados como transportistas y en ciertas industrias con alta y continua exposición a vibraciones, se produce un incremento en la frecuencia de problemas en el semen y por ello de fertilidad.

❖ Medidas de prevención

Las medidas preventivas de relevancia son las organizativas con información y formación, dentro de la obligación del control de riesgos que tengan para la salud efectos negativos.

Algunas "guías" de otros países Europeos (Holanda), consideran límites de exposición a vibraciones o choques corporales de velocidad, (superior a "25 cm/s (2) ") en una jornada de 8 horas, procediendo dar información sobre el riesgo.

El empresario debe solicitar instrucciones de uso y condiciones del proveedor y fabricante de los equipos y aparatos que producen vibraciones especialmente ultrasónicas, sus frecuencias y potencias.

Choques, vibraciones o movimientos

- ❑ **Riesgos trabajadora embarazada y parto reciente, no riesgo lactantes.**
- ❑ **Riesgos Reproducción. Vibraciones continuas, (pocos y recientes estudios)**

2.- Ruido²⁷



²⁶ Informe Dra. Martínez-Frías citado en anterior Nota 9, (Penkov y Tzvetkov 1999)

²⁷ Directiva 86/188/CEE. Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre.



El nivel de ruido nocivo durante el trabajo está relacionado con intensidad y duración, aplicándose la normativa específica en la materia. Obligación de a realizar evaluación inicial del nivel diario equivalente y evaluaciones adicionales al crearse nuevos puestos o realizar modificaciones con variación significativa de la exposición de los trabajadores al ruido. Se realizarán evaluaciones periódicas anuales en los puestos de trabajo con nivel diario equivalente o nivel Pico superior a 85 dBA o 140 dBA, respectivamente o cada tres años si se superan 80 dBA.

❖ Efectos

Trabajadora embarazada: El oído de la trabajadora y del feto son muy sensibles a los ruidos, Pueden producirse daños irreversibles por exposición aguda de intensidad acústica momentánea alta o por exposición prolongada a largo plazo. Los resultados negativos se añaden a los que se producen por otras situaciones, pudiendo provocar estrés con potencial influencia en los cambios hormonales, el corazón y la circulación sanguínea, aumento de la presión arterial y la fatiga .

Trabajadora con parto reciente y lactancia: No se han verificado problemas específicos para estas trabajadoras.

Reproducción humana: Los efectos no han sido muy estudiados en relación con la fertilidad.

❖ Medidas de prevención

Aplicación de la reglamentación de protección frente al ruido (Real Decreto 1316/89).

El empresario debe adoptar las medidas necesarias para que las trabajadoras embarazadas, con parto reciente o en período de lactancia no se hallen expuestas a los niveles de ruido fijados, tanto organizativas del trabajo, como estrategias de higiene generales sobre el nivel del emisor, medio de transmisión, cambios de método de trabajo, limitación del tiempo de exposición y disponibilidad de protecciones además de información del riesgo y medidas protectoras.

El feto es muy sensible al ruido según la etapa de gestación y la utilización de equipos protectores individuales por la embarazada no le proporciona protección.

Ruido

- Aplicación estricta Reglamentación específica, evaluaciones, límites y medidas**
- La trabajadora embarazada y el feto son muy sensibles al ruido nocivo,**
- No riesgo particularizado por parto reciente ni lactancia.**
- No riesgos comprobados para la reproducción.**
- Los EPI (protección personal) embarazada, no protegen al feto**

3.- Radiaciones ionizantes²⁸



Las radiaciones son emisiones de energía en forma de ondas o partículas, pueden ser ionizante y no ionizante, la de partículas es siempre ionizante.

La radiación electromagnética cuando es "gamma" y "rayos X", es del tipo ionizante, las otras formas de radiación electromagnética no son ionizantes.

Las características de los campos electromagnéticos vienen dadas por su longitud de onda (en metros) y por su frecuencia (en hercios). El rango de frecuencia o de longitud de onda de los campos electromagnéticos, ("espectro electromagnético"), va desde frecuencias extremadamente bajas (ELF), (por ejemplo la corriente eléctrica de los hogares, microondas, luz visible y ultravioleta), hasta las radiaciones de muy alta frecuencia (VHF) y longitudes de onda muy cortas de los "rayos X" y "gamma".

Las radiaciones ionizantes son emitidas por sustancias radioactivas como la radiación "alfa", "beta" y "gamma" y los "rayos X" emitidos por los aparatos de "rayos X" y también los rayos de neutrones emitidos por reacciones nucleares en una central nuclear.

❖ Efectos

Trabajadora embarazada tiene los mismos riesgos que no estando embarazada; pero los efectos sobre el feto son particularmente nocivos pues es muy sensible al tener sus órganos en formación, se puede causar daño en una célula impidiendo la división celular o potenciando una multiplicación ilimitada. Los efectos pueden ser agudos (enfermedad radiante, daños cutáneos) o a largo plazo (cáncer, daños en el material genético). La contaminación radiactiva, ingerida o inhalada por la embarazada, puede trasladarse al feto a través de la placenta.

La **reproducción humana**, fertilidad, puede resultar afectada por radiación ionizante por encima de los límites establecidos, daña a los óvulos y espermatozoides. No hay evidencia de que Las exposiciones a bajas dosis de radiaciones ionizantes afecten a la reproducción.²⁹

La **lactancia** queda afectada si la madre manipula líquidos o polvos radiactivos, el hijo podría quedar expuesto a contaminación por la piel y también cuando la contaminación radiactiva fue inhalada o ingerida por la madre pasando a la leche materna. Las madres en período de lactancia no deben estar expuestas a un nivel elevado de radiación.

La naturaleza del riesgo y su alcance dependen de:

- El tipo de radiación.
- La actividad de la fuente.
- La distancia del emisor.
- La protección establecida.
- La duración de la exposición y la dosis recibida.

²⁸ Directivas 96/29/EURATOM, sobre protección de riesgos derivados de las radiaciones ionizantes, y 97/43/EURATOM, sobre protección de riesgos derivados en exposiciones médicas. Real Decreto 783/2001, de 6 de junio, que aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

²⁹ Según diversos trabajos efectuados sobre problemas de hijos con padres radiólogos no aparecieron diferencias significativas entre los hijos de padres radiólogos y los no radiólogos, y similar resultado se obtuvo en otro estudio sobre los hijos de hombres o mujeres ocupados en la industria nuclear (Doyle y cols. 2000).

- La fase en la que se encuentre la gestación. (Riesgo de rechazo del feto hasta ocho días de la fecundación, daños en los órganos a dosis altas hasta la octava semana, daños cerebrales hasta la decimoquinta y retrasos del crecimiento en las posteriores).

❖ Medidas de prevención

El sistema de protección obliga al empresario que utiliza aparatos o sustancias radiactivos a organizar el trabajo de forma que durante el *embarazo* la dosis equivalente de exposición de una mujer acumulada en el feto, desde la comunicación del embarazo hasta el parto, sea la mínima posible (nunca superior a 1 "miliservet"). La protección del *feto*, comunicado el estado de embarazo, debe ser comparable a la del resto de la población, cinco veces menor al de la población trabajadora expuesta.

La exposición media anual durante 5 años para *cualquier trabajador* no puede exceder de 20 mSv por año ni ser superior a 20 mSv en ningún año.

Prohibición absoluta de trabajo con exposición de los *menores de 18 años*.

- *Principios de protección de los trabajadores expuestos.*

- Evaluación previa de las condiciones laborales para determinar la naturaleza y magnitud del riesgo radiológico.
- Clasificación de los lugares de trabajo por zonas, según la evaluación de las dosis anuales previstas, el riesgo de dispersión de la contaminación y la probabilidad y magnitud de exposiciones.
- Clasificación de los trabajadores expuestos según condiciones de trabajo por razones de vigilancia y control radiológico distinguiendo dos categorías, (según puedan quedar expuestos a dosis efectivas por año oficial superiores o inferiores a 6 mSv).
- Disposiciones y medidas de vigilancia y control en las diferentes zonas y a las distintas categorías de trabajadores expuestos, incluida, en su caso, la vigilancia individual.
- Vigilancia sanitaria.

- *Los derechos de Información y formación.*

El empresario o a la empresa externa autorizada, debe informar, antes de iniciar su actividad, a sus trabajadores expuestos sobre los riesgos radiológicos y la importancia de observar los requisitos técnicos, médicos y administrativos así como los procedimientos de protección y protecciones.

El empresario está expresamente obligado a informar a las trabajadoras expuestas sobre la necesidad de comunicar con rapidez su embarazo.

La formación debe darse antes de iniciar la actividad y periódicamente, sobre protección radiológica, conforme al nivel de responsabilidad y riesgo de exposición en el puesto de trabajo.

- *Declaración de la situación de embarazo y lactancia.*

Los riesgos graves hacen necesario efectuar rápidamente la comunicación al empresario.

Las medidas de protección radiológica son muy precisas, con autorizaciones de puesta en servicio de las fuentes de emisión y el control de los dispositivos y técnicas de protección y de los instrumentos de medición, con procedimientos establecidos y supervisión del Servicio de Protección Radiológica. Además se regula un sistema de vigilancia individual de las dosis recibidas acumuladas.

Radiaciones ionizantes: Reglamentación Específica Rigurosa de Medidas Protectoras

- ❑ *Riesgos embarazo, feto y lactancia. Prohibición Exposición (límites población general)*
- ❑ *Obligaciones estrictas(autorizaciones, controles, mediciones) Información y Formación.*
- ❑ *Empresario obligación expresa informar trascendencia Comunicación embarazo–lactancia.*
- ❑ *Importancia Comunicación del embarazo y lactancia por la trabajadora.*
- ❑ *Riesgos Reproducción. Información y Formación. Estrictas limitaciones exposición.*
- ❑ *Prohibición Trabajo menores 18 años.*

4.- Radiaciones electromagnéticas no ionizantes³⁰



Radiación no ionizante,³¹ es la ultravioleta (rayos UV) emitida entre otras fuentes por el sol y las radiaciones luminosas (luz), así como la radiación infrarroja (IR) emitida por el sol, el fuego y objetos calientes entre otros. Lo es asimismo la emitida por radiofrecuencia (RF), producida por teléfonos portátiles, emisoras de radio y televisión, radares y la radiación emitida por determinados aparatos industriales.

Los campos "ELF" producidos por los cables de alta tensión y aparatos eléctricos, son radiación de extremadamente baja frecuencia (ELF), sin suficiente energía para romper enlaces moleculares como los del ADN.

En cuanto a la exposición a los campos "ELF", los estudios realizados señalan que no hay suficientes indicios de que produzca efectos graves para la salud en condiciones normales pues vivimos dentro de un campo magnético estático terrestre de 50mT, cientos de veces superior que el oscilatorio producido por la corriente eléctrica doméstica. Igualmente se ha establecido que el campo magnético inducido existente bajo una línea de alta tensión oscila entre 3 y 10mT y por otra parte el organismo humano tiene una corriente endógena asociada a la actividad neuronal o cardíaca.³²

❖ Efectos

³⁰ Directiva Marco 89/391/CEE y Directiva 92/85/CEE.

³¹ Ver apartado de "Factor de riesgo" del anterior 3.- Radiaciones ionizantes.

³² Informe de la Dra. Martínez-Frías citado en anterior Nota 9. Robert 1996 y 1999, Indulsky y cols. 1997 y Show 2001) (Hjollund y cols. 1999) (Grajewsky y cols. 2000).

³³ Ver nota anterior.

Los estudios realizados en los últimos años han sido objeto de revisión con los conocimientos actuales³³, concluyéndose que las evidencias que relacionan exposición ocupacional a campos de baja frecuencia y la aparición de efectos adversos sobre la reproducción humana no son convincentes. Menos aún según las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Comité Internacional sobre radiaciones no ionizantes; si bien se indica que los trabajos sobre campos electromagnéticos son escasos y que sería importante seguir realizando nuevos estudios en este área.

Trabajadora embarazada: No ocasionan riesgo mayor o distinto al de otro trabajador. La radiación ultravioleta, luminosa e infrarroja, producen efecto térmico sobre los tejidos pudiéndose producir quemaduras en ojos y piel y daños en la vista por exposición aguda, cáncer y cataratas a largo plazo.

Daños al feto: No puede excluirse la posibilidad de que la exposición incluida la vinculada a tratamientos por onda corta o la soldadura de plásticos y la vulcanización de adhesivos, suponga aumentar riesgos para el feto. El calentamiento de tejidos puede afectar también a los órganos internos y ocasionar daños congénitos por una grave hipertermia del feto.

Reproducción humana: Se han realizado estudios en que se analizó la exposición ocupacional paterna a los campos electromagnéticos en relación con problemas de fertilidad, concluyendo que no se han encontrado alteraciones de la misma, incluidas las exposiciones a campos de extremada baja frecuencia (ELF) y los de radiofrecuencia (RF).

❖ Medidas de protección

Trabajadoras embarazadas: no se han establecido medidas de protección complementaria. La protección del *feto* aconseja reducir al mínimo la exposición mediante la aplicación de medidas de salud y seguridad con aplicación de los principios de la acción preventiva:

- No realizar actividad que entrañe un riesgo de exposición a radiación y a campos no ionizantes, salvo que no hubiera ninguna alternativa de menor riesgo.
- Adopción medidas en la fuente (uso de la menor potencia posible, protección fuente, etc).
- Establecer y observar los procedimientos y las instrucciones de trabajo.
- Proporcionar y emplear equipos de protección individual.

Radiaciones no ionizantes: Efectos Térmicos

- **Riesgos trabajadora embarazada iguales a otro trabajador, prevención general**
- **Riesgos feto no excluidos. Cautela aplicación medidas preventivas generales**
- **Reproducción. Estudios realizados no evidencian riesgo fertilidad.**

5.- El clima. Frío y calor extremos³⁴

³⁴ Directivas 89/654/CEE y 92/57/CEE. LPRL. Real Decreto 486/1997, sobre seguridad y salud en lugares de trabajo. Real Decreto 1627/1997, sobre seguridad y salud en las obras de construcción.



Existen evidencias, experimentales y clínicas, de que la **elevación de la temperatura corporal** en 1,5º centígrados, sobre la regular humana supone un importante **riesgo para el desarrollo embrionario y fetal**.

Las exposiciones laborales a altas temperaturas mantenidas durante horas podrían llegar a aumentar la temperatura corporal y constituir riesgo específico. La alta temperatura corporal causa, entre otras cosas, problema vascular pues la sangre no fluye correctamente, produciendo falta de oxígeno, que no llega a todas las estructuras del embrión, feto y embarazada.

La incidencia del calor puede afectar a la **procreación paterna** ya que, en los seres humanos y la mayoría de los mamíferos, la formación de los gametos masculinos es muy sensible a la temperatura, dependencia que ha sido demostrada en diferentes experimentos. De hecho la razón biológica de que los testículos estén fuera del abdomen es para que su temperatura sea inferior, permitiendo la adecuada formación de los espermatozoides.

Las **temperaturas extremadamente bajas** también pueden causar problemas de tipo vascular por vasoconstricción.

❖ Efectos

Trabajadora embarazada: Mayor propensión a desmayos o al estrés por calor por una tolerancia menor a altas temperaturas. El riesgo suele disminuir tras el parto, aunque se desconoce la rapidez de esta mejoría, siendo diferente para cada persona.

Feto: Los problemas vasculares sobre el riego sanguíneo y su fluidez con minoración del aporte de oxígeno, pueden causar graves defectos congénitos e incluso la muerte fetal en cualquier momento del embarazo.

Lactancia: Puede resultar perjudicada por deshidratación.

Reproducción masculina: El calor puede incidir en la fertilidad en determinadas circunstancias. Estudios sobre los trabajos realizados por hombres a altas temperaturas concluyen que esta exposición ocupacional es un importante factor de riesgo para infertilidad, por afectar a la morfología de los espermatozoides.(40)

❖ Medidas de prevención y protección

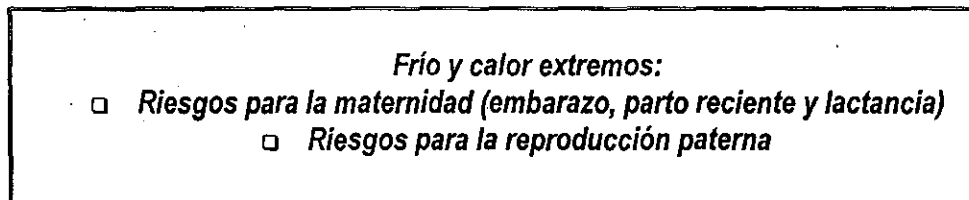
Evaluada la temperatura ambiental, se ha de tener en cuenta la presencia de trabajadoras en edad reproductiva³⁵, ya que durante la primera fase del embarazo, la mujer no conoce su estado, pudiendo producir un aborto precoz.

El empresario debe adoptar medidas de prevención, además de la información de los riesgos, cuando la trabajadora declare su situación de *embarazo, después del parto reciente y en el período de lactancia*, aplicando lo dispuesto con carácter general sobre las condiciones de temperatura para trabajos sedentarios entre 17º y 27º y entre 14º y 25º para los ligeros.

- Las medidas de organización e higiene aplicables son:
- Evitar el trabajo durante condiciones climatológicas extremas.
- Ofrecer oportunidad de calentarse o refrescarse periódicamente en otro espacio, facilitando poder beber suficientemente en caso de exposición al calor
- Suministro de prendas adecuadas de trabajo protectoras frente al frío.

³⁵(Thonneau y cols. 1998) Ver el anterior apartado de esta Guía Bases biológicas de la reproducción humana.

- Liberación temporal de tareas que entrañen riesgo de exposición a calor o frío extremos y caso de no ser posible, regular adecuadamente las condiciones de trabajo.
- El riesgo de exposición con efectos en la fertilidad masculina precisa las medidas de prevención establecidas con carácter general no superando los niveles de temperatura admitidos.



6.- Trabajos en atmósferas con sobrepresión elevada³⁶



Trabajo con exceso de presión atmosférica como el buceo, recintos de aire comprimido y determinados tratamientos médicos presentan riesgo por vuelta a la presión ambiental sin haberse efectuado previamente la correcta "descompresión". Bajo una presión superior a la atmosférica los tejidos corporales contienen un exceso de nitrógeno u otro tipo de gas respiratorio que durante todas las formas de descompresión hace que aparezcan pequeñas burbujas en la circulación de la sangre que se expulsan en los vasos de los pulmones sin causar daños; pero una descompresión demasiado rápida puede aumentar el índice de nitrógeno y la formación de burbujas. ("Enfermedad de descompresión").

❖ Efectos

Trabajadora embarazada o con parto reciente: Durante el embarazo suele aumentar el índice de grasa y grado higrométrico del cuerpo por lo que se absorbe el nitrógeno de forma más rápida, incrementando la sensibilidad a la "enfermedad de la descompresión", cuya terapia ("oxígeno hipérbaro"), es muy perjudicial para el feto. Por otra parte las molestias asociadas a la gestación, que son incómodas pero no peligrosas para la salud, pueden ser mortales durante el buceo.

Feto: Las burbujas de gas constituyen un mayor riesgo de defectos congénitos e incluso la muerte prematura. El riesgo aumenta por la terapia única existente frente a la "enfermedad de la descompresión" con el "oxígeno hipérbaro", ya que la circulación de la sangre del feto, a diferencia de un adulto, pasa al lado de los pulmones y no a través de éstos, no siendo eliminadas las burbujas de gas.

Lactancia: No hay razones fisiológicas que impidan trabajar, (existirían dificultades de orden práctico), al igual que tampoco hay pruebas de que la lactancia sea incompatible con el submarinismo.

Reproducción humana: No hay evidencias de daños

❖ Medidas

³⁶ Directiva Marco 89/391/CEE.

La trabajadora embarazada no debe trabajar expuesta al aire comprimido, ni tampoco se la puede exigir que practique tareas de submarinismo en que exista exceso de presión atmosférica.

El empresario debe asegurar que reciben la información adecuada sobre los riesgos del trabajo submarino en el embarazo, así como organizar el trabajo a fin de garantizar que no se producen efectos negativos para la seguridad y salud de la trabajadora y del feto.

Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada:

- **Riesgos para trabajadora embarazada y de parto reciente**
- **No riesgos en lactancia ni para la reproducción**

b) Agentes biológicos ³⁷

1.- Trabajadores expuestos.

Son los trabajadores que están o puedan estar expuestos a agentes biológicos, debidos a la naturaleza de su actividad laboral.

Las *trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia* constituyen un grupo de riesgo especial por el efecto directo que el agente biológico puede ejercer sobre ella o el feto.

Tres tipos de exposiciones específicas a agentes biológicos:

- Trabajadoras con decisión consciente de manipular agentes biológicos, por ejemplo las microbiólogas.
- Aquellas que, inevitable y conscientemente, están expuestas a agentes biológicos en su tarea diaria, como las enfermeras.
- Aquellas que tienen riesgo de contacto accidental: maestras de escuela (rubéola), riesgo de infectarse a través de fluidos corporales (VIH, hepatitis B).

2.- Evaluación de riesgos

Dado su carácter de trabajadora especialmente sensible, el empresario debe efectuar una evaluación de riesgos laborales teniendo en cuenta las características especiales de la trabajadora embarazada, de parto reciente o lactante, y sabiendo que puede afectarle como a cualquier trabajador cualquiera de los agentes biológicos que se recogen en la normativa vigente.

Dada la gran influencia de las características individuales del trabajador, la evaluación de puestos de trabajo, como grupo homogéneo, es problemática y no debería contemplarse en ningún caso.

³⁷ Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE. Directrices de la Comisión Europea de 5 de octubre de 2000. Directiva 90/679/CEE, de 26 de noviembre, sobre protección de los trabajadores contra agentes biológicos, modificada por la Directiva 93/88/CEE. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, que establece disposiciones mínimas sobre protección de trabajadores contra agentes biológicos. Guía Técnica 2000 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.

Dos etapas en la evaluación de riesgos:

- Identificación teórica de los riesgos, lo que supone recogida general de información.
 - Identificación teórica de los agentes biológicos mas probables, considerando sus fuentes de exposición, información científica y posibles estudios epidemiológicos.
 - Grado de virulencia, expresado como dosis infectiva mínima (DIM) que representa la cantidad más pequeña de agente biológico necesaria para provocar una infección, facilidad de propagación, gravedad de las infecciones así como eventuales tratamientos profilácticos y curativos. Consideración de los posibles efectos inmuno-alérgicos y tóxicos de los agentes biológicos como riesgo adicional de los mismos.
 - Conocimiento de los modos de transmisión: aerosoles, por contacto directo e indirecto, lesiones, etc.
 - Vías de entrada: respiratoria, digestiva, a través de la piel, mucosas.
 - Cantidad, volumen o concentración del agente en el material que se maneja.
 - Datos epidemiológicos.
 - Resistencia del agente biológico.
 - Posibilidad de presentación de cepas multirresistentes.
 - Posibilidad de desinfección.

- Evaluación de los puestos de trabajo con riesgo y de los trabajadores expuestos. Incluye:
 - Descripción del puesto de trabajo.
 - Probabilidad de diseminación del material.
 - Vías de penetración.
 - Frecuencia de la exposición.
 - Factores de organización y procedimientos de trabajo.
 - Formación e información del trabajador sobre los riesgos.
 - Posibilidad de establecimiento sobre medidas preventivas.
 - Posibilidad de evaluación sobre los niveles de exposición.

Existe la posibilidad de que los resultados de la evaluación revelaran que la actividad no implica la intención deliberada de manipular agentes biológicos o de utilizarlos en el trabajo, pero puede provocar la exposición de los trabajadores a dichos agentes. En tal caso, se aplicarán las disposiciones de los artículos 5 al 13 del Real Decreto 664/97, ya citado, salvo que los resultados de la evaluación lo hiciesen innecesario.

Una lista indicativa de *actividades* en las que podría ocurrir esto viene recogida en el anexo I del RD antes señalado. Son las siguientes:

- Trabajos en centros de producción de alimentos.

- Trabajos agrarios.
- Actividades en las que existe contacto con animales o con productos de origen animal.
- Trabajos de asistencia sanitaria, comprendidos los desarrollados en servicios de aislamiento y de anatomía patológica.
- Trabajos en laboratorios clínicos, veterinarios, de diagnóstico y de investigación, con exclusión de los laboratorios de diagnóstico microbiológico.
- Trabajos en unidades de eliminación de residuos.
- Trabajos en instalaciones depuradoras de aguas residuales.

3.- Agentes biológicos a tener en cuenta.

Son los citados en los Anexos de la Directiva 92/85/CEE de la siguiente forma:

❖ Anexo I.

Aquellos en los que de acuerdo con el artículo 4.1 de la Directiva 92/85/CEE, debe de evaluarse el grado, duración y naturaleza de la exposición de la trabajadora. Son los *agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4* de la letra D del artículo 2 de la Directiva 90/67/CEE, sobre protección de los trabajadores contra agentes biológicos (traspuestos en el Anexo II del Real Decreto 664/97), en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo, ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas y del niño aún no nacido, y siempre que no figuren todavía en el Anexo II.

Definiciones:

- Agente biológico del grupo 2: aquel que puede causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 3: aquel que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 4: aquel que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.

De todos los *agentes infecciosos* detallados en dicho Anexo I hay algunos que tienen un *efecto más pronunciado y específico en la trabajadora embarazada o en el feto*. Son los siguientes:

Agente biológico	Efectos
------------------	---------

Grupo 2. <i>Campylobacter fetus</i>	Neumonía, bacteriemia, mortinato
Grupo 2. <i>Treponema Pallidum</i>	Sífilis congénita
Grupo 2. Cytomegalovirus	Bajo peso fetal, sordera, mortinato
Grupo 2. Herpes Simplex Virus	Ictericia, microcefalia
Grupo 3. <i>Coccidioides immitis</i>	Coccidioidosis diseminada en la madre, nacimientos prematuros y mortinato.
Grupo 3 Virus del SIDA	Cáncer en la infancia, bajo peso al nacer Bajo peso al nacer
Grupo 3 Virus de la hepatitis B	Aborto
Grupo 2 Parvovirus humano B19	Defectos al nacer, bajo peso al nacer
Varicela	

También deberán tenerse en cuenta los posibles efectos adversos de la terapia con antibióticos, los cuales pueden tener efectos teratogénicos o fetotóxicos. Por consiguiente un efectivo tratamiento para las siguientes enfermedades es difícil o contraindicado:

Especie	Tratamiento
Brucelosis	Tetracyclines
Aminoglycosides	Chloramphenicol
Malaria	Pyremethamine
Tuberculosis	Rifampicin

❖ *Anexo II.*

Prohibición de exposición a estos riesgos de las trabajadoras embarazadas a que se refiere la letra a) del artículo 2 de la Directiva. Se excluyen las trabajadoras que han dado recientemente a luz o en periodo de lactancia.

Son:

- toxoplasma. Sus mecanismos de acción son complejos al no existir vacuna disponible, y estar presente en múltiples sectores (cárnicos, relación con animales, etc.).
- virus de la rubéola, salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.

4.- Medidas a adoptar.

- Establecimiento de procedimientos de trabajo adecuados.
- Limitación del número de trabajadores expuestos.
- Información sobre riesgos y precauciones a adoptar.
- Señalización de peligro biológico.
- Normas de higiene personal.
- Elementos de protección de barrera, entre otros, guantes, mascarillas, batas...
- Precaución con objetos cortantes y punzantes.
- Desinfección y esterilización correcta de instrumentales y superficies.
- Vigilancia adecuada y específica de la salud de los trabajadores.
- Vacunación. Frente a la rubéola se dispone de una vacuna eficaz, recomendada a todas las trabajadoras seronegativas en edad fértil (en particular, maestras, personal sanitario en las áreas de pediatría, toxicología y transporte sanitario).

Agentes biológicos:

- **Los detallados en los Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE**
 - **Identificación de trabajadores expuestos**
 - **Evaluación de riesgos por puesto y trabajador**
 - **Adopción de medidas específicas**
 - **Riesgos**

Esquema de gestión preventiva de los riesgos biológicos

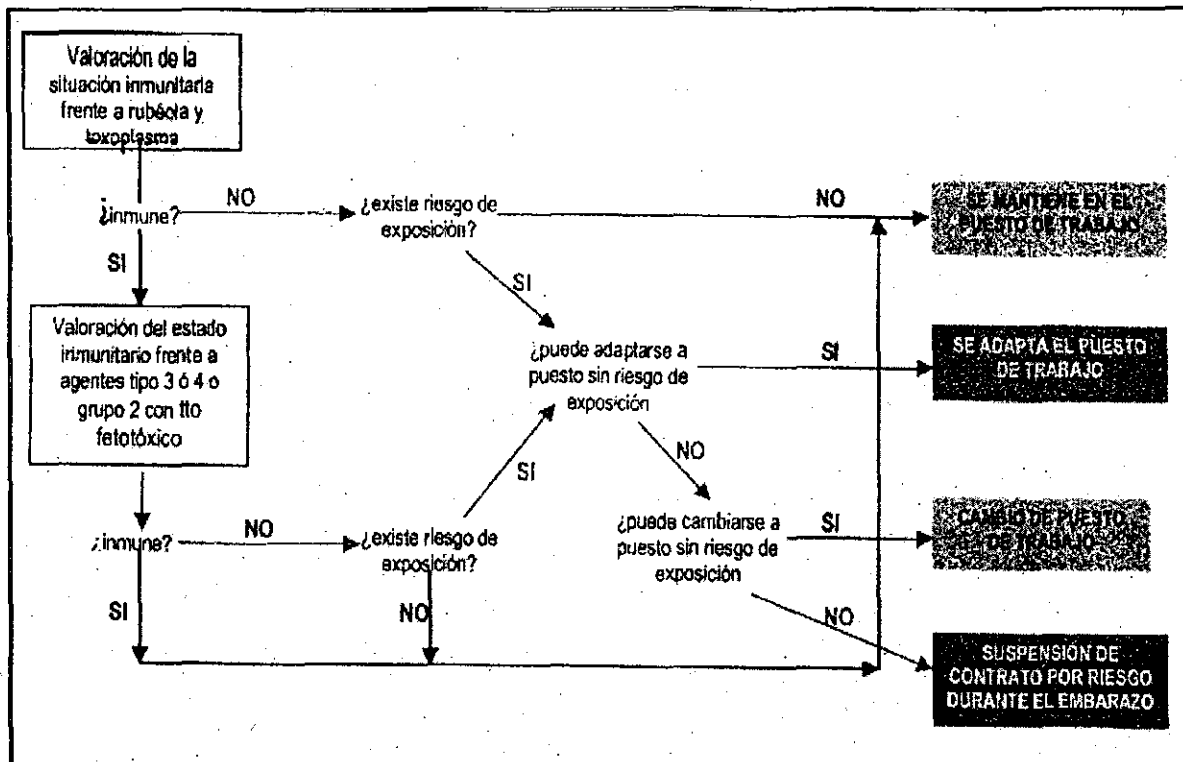


Gráfico 8.

c) Agentes químicos³⁸

1.- Evaluación de riesgos.

El empresario está obligado a realizar una evaluación de riesgos laborales, a fin de determinar la naturaleza, grado y duración de la exposición de las trabajadoras a los agentes químicos a que puedan estar expuestas.

En primer lugar, el empresario deberá *determinar si existen agentes químicos peligrosos* en el lugar de trabajo.

Si fuera así, se deberán *evaluar los riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores/as originados por dichos agentes* considerando y analizando conjuntamente:

³⁸ Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE. Directrices de la Comisión de 5 de octubre de 2000. Directiva 98/24/CEE, sobre protección de los trabajadores contra agentes químicos en el trabajo. Directiva 2000/39/CEE, por la que se establece la primera lista de valores límite de exposición profesional indicativos. Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos químicos durante el trabajo. "Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España", elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para 2000 (revisado para 2001-2002).

Debe tenerse en cuenta que en ausencia de valores límite establecidos por norma legal, los publicados por el INSHT son de aplicación recomendada por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, salvo si puede demostrarse que se utilizan y respetan unos criterios o límites alternativos cuya aplicación resulte suficiente, en el caso concreto de que se trate, para proteger la salud y seguridad de los trabajadores (Artículo 3.4 del Real Decreto 374/2001).

- Sus propiedades peligrosas y cualquier otra información necesaria para la evaluación de riesgos que deba facilitar el proveedor, o que pueda reclamarse de este o de cualquier otra fuente que pueda recabarse de este o de cualquier información de fácil acceso. Deberá incluir la ficha de datos de seguridad.
- Los valores límites ambientales y biológicos.
- Las cantidades utilizadas o almacenadas de los agentes químicos.
- Tipo, nivel y duración de la exposición.
- Cualquier otra condición de trabajo que influya sobre los agentes relacionados con la presencia de los agentes en el lugar de trabajo.
- El efecto de las medidas preventivas adoptadas o que deban adoptarse.
- Conclusiones de los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y los accidentes o incidentes causados por la presencia de los agentes en el lugar de trabajo.
- La evaluación de los riesgos derivados de la exposición por inhalación a un agente químico peligroso deberá incluir la medición de las concentraciones del agente en el aire, en la zona de respiración del trabajador, y su posterior comparación con el valor límite ambiental que corresponda.

2.- Agentes químicos a tener en cuenta.

Son los citados en los Anexos de la Directiva 92/85:

❖ Anexo I.

Aquellos agentes respecto de los cuales el empresario deberá determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición en relación a las actividades en los que puedan estar presentes, realizadas por las *trabajadoras (embarazadas, que han dado a luz recientemente o están en periodo de lactancia)* que puedan estar expuestas, siempre que no figuren en el Anexo II.

Son los siguientes:

- Sustancias etiquetadas R 40, R 45, R 46 y R 47 (sustituidas por las R 61,63 y 64) por la Directiva 67/548/CEE, modificada por la Directiva 90/517/CEE.
- Los agentes químicos que figuran en el anexo I de la Directiva 90/394/CEE.
- Mercurio y sus derivados.
- Medicamentos antimióticos.
- Monóxido de carbono.
- Agentes químicos peligrosos de penetración cutánea formal.
- Procedimientos industriales que figuran en el anexo I de la Directiva 90/394/CEE.

❖ Anexo II

En estos casos la *trabajadora embarazada o en periodo de lactancia* no podrá verse obligada a realizar actividades que de acuerdo con la evaluación de riesgos laborales supongan un riesgo de exposición a los mismos. Estos son los siguientes:

- Respecto de las trabajadoras *embarazadas*, el plomo y sus derivados, en la medida que sean susceptibles de ser absorbidos por el cuerpo humano.
- Respecto de las trabajadoras en periodo de *lactancia*, plomo y sus derivados en la medida en que sean susceptibles de ser absorbidos por el cuerpo humano.

3.- Estudio detallado de los agentes químicos que pueden afectar a la reproducción de la mujer.^{39 40}

❖ Sustancias etiquetadas con las frases R 40,R45,R46,R49,R61,R63 y R64⁴¹

Las sustancias están enumeradas en el Anexo I del RD 363/95 y se etiquetan con las siguientes frases:

FRASES R	Efectos sobre reproducción	Efectos sobre maternidad
R 40	Posibles efectos irreversibles	Posibles efectos irreversibles
R 45	Efectos cancerígenos	Efectos cancerígenos
R 46	Alteraciones genéticas hereditarias	Alteraciones genéticas hereditarias
R 47	Malformaciones congénitas	Malformaciones congénitas
R 49	Efectos cancerígenos	Efectos cancerígenos
R 60	Subfertilidad o infertilidad	
R 61		Efectos adversos para el feto
R 62	Subfertilidad o infertilidad	
R 63		Efectos adversos para el feto
R 64		Efectos adversos para el lactante

El listado detallado de sustancias se puede encontrar en la normativa referida sobre etiquetado de sustancias peligrosas, y en el documento sobre límites de exposición profesional del INSHT⁴².

❖ Preparados etiquetados⁴³

³⁹ En la relación que se incluye a continuación se estudian no sólo los agentes químicos que se recogen en los anexos de la Directiva, sino también otros que se ha considerado producen efectos perjudiciales para la reproducción de la mujer. En el Anexo I de esta Guía se recoge la lista de sustancias que afectan a la reproducción femenina.

⁴⁰ En este Apartado se contemplan solamente los riesgos para la maternidad (embarazo, parto reciente y lactancia). En el siguiente se analizan los riesgos para la reproducción (trabajadores y trabajadoras, excepto las citadas) por la exposición a agentes químicos.

⁴¹ Directiva 67/548/CEE y sus posteriores modificaciones. Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, por el que se regula la notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, modificado por R.D. 700/98 y R.D. 507/2001, y OM de 13 de septiembre de 1995, OM de 21 de febrero de 1997, OM 30 de junio de 1998, OM 11 de septiembre de 1998, OM 16 de julio de 1999, OM 5 de octubre de 2000 y OM de 5 de abril de 2001 que modifican sus anexos.

⁴² Ver anteriores Notas 44 y 46.

⁴³ Directiva 88/379/CEE, sobre clasificación, embalaje y etiquetado de preparados peligrosos. Real Decreto 1078/1993, de 2 de julio, por el que se regula la clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos, modificado por la OM de 20 de febrero de 1995, el Real Decreto 1425/1998, de 3 de julio, y la OM de 8 de enero de 1999.

Se entiende por preparado aquel que contenga al menos una de las sustancias peligrosas (a los efectos de riesgo para la reproducción etiquetada con las frases R40,R45,R46,R49,R61,R63 y R64) reguladas en el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación envasado y etiquetado de sustancias peligrosas (Real Decreto 363/95, con sus modificaciones, citado en el apartado inmediato precedente).

Sustancias etiquetadas y preparados etiquetados:

Riesgos carcinógenos o mutagénicos para la maternidad (embarazo, parto reciente y lactancia)

❖ **Agentes químicos y procedimientos industriales⁴⁴**

Los agentes y procedimientos son:

- Fabricación de auramina.
- Trabajos que supongan exposición a los hidrocarburos aromáticos policíclicos presentes en el hollín, el alquitrán o la brea de hulla.
- Trabajos que supongan exposición al polvo, al humo o a las nieblas producidas durante la calcinación y el afinado eléctrico de las matas de níquel.
- Procedimiento con ácido fuerte en la fabricación de alcohol isopropílico.

Agentes químicos y procedimientos industriales:

Riesgo cancerígeno en embarazo y en período de lactancia

❖ **Mercurio y sus derivados.**

El mercurio, según el estado en que se presente, puede introducirse en el cuerpo humano por inhalación, oralmente o por contacto con la piel

Los sectores de actividad en los que se puede presentar una exposición al mercurio son, entre otros: minería de cinabrio, plantas de extracción de mercurio, manejo de mercurio metálico para fabricación de termómetros, compuestos orgánicos usados en la industria farmacéutica, fabricación de pesticidas y trabajos en clínicas odontológicas.

⁴⁴ Directiva 90/394/CEE, sobre exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo, modificado por el Real Decreto 1124/2000, de 16 de junio.

En cuanto a los *efectos sobre la salud*, se ha de destacar que el mercurio orgánico puede provocar enfermedades congénitas neurológicas en el recién nacido así como riesgo de aborto. Igualmente puede frenar el crecimiento del nonato, afectar al sistema nervioso y provocar envenenamiento de la madre. Además pasa de la sangre a la leche pudiendo representar un riesgo para el niño, no solo durante la lactancia, sino incluso si la madre ha sufrido una exposición importante antes y durante el embarazo.

Medidas a adoptar:

La evaluación de riesgos, una vez detectada la presencia de mercurio, debería basarse en niveles mercurio en sangre o en medición de valores límites ambientales. Dado que la eliminación del mercurio del cuerpo es un proceso lento las mujeres en edad fértil deberán tenerlo en cuenta cuando planeen quedarse embarazada.

Como medidas de protección, una vez detectada la presencia de mercurio, se deben reducir las concentraciones de vapores de mercurio mediante ventilación, evitar el contacto directo con el mercurio por vía cutánea, posibilitar el lavado personal después del trabajo y antes de comer, garantizar controles periódicos de concentración de mercurio en el ambiente y controles biológicos de concentración de mercurio en el cuerpo, con objeto de asegurarse que no se superan los límites establecidos.

Es aconsejable que si no se puede evitar la presencia de mercurio orgánico en los puestos de trabajo de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia se evite la exposición de la misma.

Mercurio y sus derivados:

Riesgos en embarazo y lactancia, por afectación al feto o recién nacido

❖ Monóxido de carbono.

Es un gas incoloro e inodoro que surge de los procesos de combustión, especialmente cuando se trabaja en lugares cerrados y poco ventilados. Cuando se inhala afecta al transporte de oxígeno en la sangre. También se puede formar en el cuerpo el monóxido de carbono después de la exposición al cloruro de metileno.

En los procesos industriales las fuentes de concentración se producen en los procesos de combustión. También los niveles de CO en sangre pueden ser resultado de exposición a cloruro de metileno, comúnmente usado como disolvente de pinturas.

Efectos adversos sobre la salud

El monóxido de carbono afecta tanto a los hombres como a las mujeres, no obstante, las mujeres embarazadas pueden estar mas expuestas a sus efectos. Atraviesa fácilmente la placenta y puede privar al nonato de oxígeno. La intoxicación aguda por monóxido de carbono está asociada con abortos, malformaciones congénitas, bajo al peso al nacer, parto prematuro y problemas de desarrollo.

Medidas a adoptar:

- Dado el riesgo extremo de peligrosidad de exposición a niveles elevados a monóxido de carbono para *todos los trabajadores*, la evaluación de los riesgos y las medidas de prevención de las exposiciones prolongadas son similares para todos los trabajadores.
- Se debe eliminar el peligro de concentración de monóxido de carbono modificando procedimientos o equipos.
- Si ello no es posible, deben de adoptarse medidas de control técnico, con prácticas de trabajo adecuadas y uso de equipos de protección individual.
- Deben de efectuarse controles periódicos de concentración de monóxido de carbono dados los riesgos de intoxicación aguda en cortos espacios de tiempo, así como controles biológicos.

Monóxido de carbono:

Riesgos en embarazo, por afectación al feto

❖ **Medicamentos Antimitóticos (citotóxicos).**

Son fármacos usados comúnmente en el tratamiento del cáncer. Debido a su capacidad para inhibir la división celular pueden afectar al desarrollo del embrión o del feto provocando efectos mutagénicos, teratogénicos y cancerígenos.

Los sectores afectados son sobre todo el hospitalario y el de fabricación de estos productos.

Efectos adversos sobre la salud

Los agentes anticancerígenos representan un grupo de sustancias ocupacionales que pueden absorberse por inhalación y a través de la piel. Muchos de los agentes antineoplásicos han mostrado ser mutagénicos, teratogénicos y cancerígenos.

Medidas a adoptar:

Una vez que se ha constatado el uso o presencia de dichos productos, se hace necesario una correcta manipulación de los mismos en la preparación de medicamentos, en su administración y en la eliminación de residuos. Ello conlleva el uso de máscaras, guantes, trajes y equipos de protección (capuchas de ventilación), y prácticas de trabajo correctas.

Dado el mayor peligro que representa el uso de medicamentos antineoplásicos, la trabajadora embarazada que los manipule deberá extremar las medidas de precaución evitando la exposición.

Medicamentos antimetabólicos (citotóxicos):

Riesgos mutagénicos, teratogénicos y carcinogénicos durante embarazo y lactancia

❖ **Gases anestésicos.**

Los gases anestésicos son usados generalmente en quirófano, siendo los compuestos más utilizados el protóxido de nitrógeno y el halótano.

Deben estar controlados para evitar los riesgos de difusión en el medio ambiente de trabajo.

Gases anestésicos:

Riesgos en embarazo por afectación al feto

❖ **Agentes químicos cuyo peligro de absorción cutánea es conocido, entre ellos algunos Plaguicidas (pesticidas, biocidas, insecticidas...).**

Algunos agentes químicos pueden penetrar en el cuerpo humano a través de la piel como vía de intoxicación, con posibilidad de que sean absorbidos por la placenta. Su lista aparece en la normativa citada al inicio de este capítulo.

La absorción puede tener lugar por contaminación localizada o por concentraciones de vapor en la atmósfera.

Medidas a adoptar para evitar la absorción percutánea::

- sustitución de la sustancia por otra menos nociva,
- automatización del proceso de producción,
- confinamiento de sustancias nocivas.
- limpieza del centro de trabajo,
- ventilación general del centro de trabajo,
- empleo de medios protección personal (gorros, botas, cambio de ropa, ropa de trabajo, cremas adecuadas).

Dentro de este grupo deben destacarse los *Plaguicidas*, regulados de forma específica en la Directiva 98/8/CEE, relativa a la comercialización de pesticidas, y en el Real Decreto 3349/83 de 11 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento técnico sanitario para la fabricación, comercialización y utilización de plaguicidas (modificado por los Reales Decretos 162/91 y 443/94).

Los pesticidas son usados para proteger las cosechas, edificios, etc. del riesgo de infestación por organismos vivos. Las sustancias tóxicas de las que están compuestos pueden penetrar en el cuerpo por inhalación, ingestión o absorción dérmica.

Los sectores en que se produce exposición son los de fabricación de los mismos y aquellos en los que se aplican (trabajadores agrícolas, trabajadores de la industria química).

Efectos adversos sobre la salud

Existen estudios que indican que el uso de pesticidas puede provocar diferentes malformaciones congénitas dependiendo del tipo.

Medidas a adoptar:

Cuando se usen plaguicidas es fundamental conocer las características del producto utilizado, sustancias que se manipulan y efectos sobre la salud para adoptar las medidas adecuadas frente a él.

Agentes químicos de absorción cutánea, en particular Plaguicidas:

Riesgos teratogénicos y mutagénicos en embarazo y lactancia

❖ **Disolventes.**

Los disolventes y sus vapores son comúnmente usados tanto en ambiente doméstico como laboral. Exposiciones severas podrían suponer un riesgo para el buen desarrollo de la gestación.

El espectro de disolventes orgánicos es muy amplio por lo que los sectores donde puede darse la exposición también es muy amplia. Los más comunes son los relacionados con resinas, lacas, tintes textiles, limpieza de cuero, tintorerías, gasolineras, etc.

Es preciso destacar, por su regulación específica, entre otros:

- **Benceno y sus compuestos (entre otros, tolueno y ésteres de glicol).⁴⁵**

La exposición al benceno tiene marcados efectos potenciales de carácter teratogénico y carcinogénico. Se usa sobre todo en la industria de la gasolina. ⁴⁶

⁴⁵ Convenio número 136 de la OIT. Recomendación número 144 de la OIT. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo (modificado por el Real Decreto 1124/2000).

El **tolueno** es un hidrocarburo aromático usado como disolvente orgánico en pinturas, pegamentos y otras sustancias. Este producto, inhalado, es un agente psicotrópico y tiene efectos neurotóxicos sobre el individuo en desarrollo. Es uno de los disolventes para los que no existe duda de que a altas dosis es un teratógeno humano, produciendo desde abortos espontáneos, malformaciones mayores y menores, así como alteraciones neurológicas y encefalopatías.

- **Oxido de etileno**

El óxido de etileno es un agente químico usado como anticongelante, en películas fotográficas, detergentes y como esterilizante.

Deberán extremarse las medidas de seguridad respecto de las trabajadoras embarazadas que trabajen con óxido de etileno debido a la existencia de mayor incidencia de abortos espontáneos.

- **Otros disolventes:** dibromuro de etileno, derivados alógenos de los hidrocarburos alifáticos, percloroetileno.

Disolventes en general:

Riesgos, según cada agente, de abortos espontáneos, mutagénicos, teratogénicos, carcinógenos, durante embarazo y lactancia

❖ **Plomo y sus compuestos.**

El plomo puede presentarse en los centros de trabajo como plomo metálico, sales de plomo soluble e insoluble, humos, polvos o componentes de plomo orgánico.

El plomo metálico cuando es calentado por encima de 550° C puede introducirse en el cuerpo humano por inhalación de vapor aunque es más común que lo sea a través del cambio de vía dedos-boca.

Las sales de plomo soluble pueden ser absorbidas a través de los pulmones o del tracto alimentario.

⁴⁶ El artículo 11 del Convenio Nº 136 de la OIT establece que las mujeres cuyo estado de embarazo haya sido certificado por un médico y las madres lactantes, no deberán ser empleadas en trabajos que entrañen exposición al benceno o a productos que contengan benceno.

Los componentes de plomo orgánico de bajo peso molecular (p.e., tetrametilo - plomo) son particularmente peligrosos.

Las ocupaciones típicas en las que la exposición se produce son el esmaltado cerámico, la manufactura de baterías de plomo, las tareas relacionadas con aditivos de gasolina y las tareas de soldadura.

En relación con sus efectos sobre la salud, el plomo se asocia a una mayor incidencia de abortos y causas de muerte fetal, así como efectos teratogénicos. Atraviesa la placenta humana a partir de la semana doce de gestación. El plomo pasa de la sangre a la leche con el consiguiente riesgo para el niño si la madre ha sufrido una exposición importante antes y durante el embarazo.

Medidas a adoptar:

La Directiva 92/85/CEE prohíbe la exposición al plomo y sus compuestos de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia en la medida en que tales agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el cuerpo humano. La evaluación de riesgos laborales debe basarse en una comparativa de los valores límites de plomo (establecidos en los Anexos I y II del RD 374/2001) en la sangre de la trabajadora con el grupo, a fin de constatar la incidencia y los niveles de exposición. De los resultados de esta comparativa se obtiene información acerca de la exposición de la trabajadora con respecto a niveles de personas no expuestas, lo que permite a la empresa adoptar la decisión preventiva más adecuada.

El plomo es un metal cuya eliminación del cuerpo es muy lenta por lo que las mujeres en edad fértil pueden resultar afectadas, debiendo de tenerlo en cuenta si planean quedarse embarazadas con objeto de tomar medidas precautorias (separación de puesto de trabajo, reducción de niveles de exposición, etc.). Para ello deberán ser informadas por el empresario que debe además garantizar una reducción de la exposición al plomo.

Plomo y sus compuestos:

Riesgos de aborto espontáneo, muerte fetal y teratogénicos, durante embarazo y lactancia

4.- Acción de los agentes químicos sobre la reproducción.

La normativa en vigor sobre efectos adversos para la reproducción, como se ha indicado antes, se refiere casi exclusivamente a las mujeres embarazadas, que han dado a luz o se encuentran en periodo de lactancia. No obstante la reproducción humana se puede alterar también por las exposiciones ocupacionales del hombre.

Las alteraciones que las sustancias químicas ocupacionales paternas pueden producir sobre la reproducción se derivan de la posibilidad de que las mismas alteren la formación de los espermatozoides (mutaciones de genes, alteraciones cromosómicas, espermatozoides morfológicamente alterados). Los mutágenos afectan también a la reproducción puesto que sus efectos son transmitidos a la descendencia o condicionan su viabilidad.

Como adelantamos, la ley española establece expresamente que "el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la *función de procreación de los trabajadores y trabajadoras*, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias"⁴⁷

Sin ánimo de exhaustividad se destacan los siguientes **agentes químicos que afectan a la función reproductiva**⁴⁸:

❖ Sustancias químicas etiquetadas como R40, R46, R60, R62, y sus preparados⁴⁹.

❖ Pesticidas.

Se asocia la exposición al pesticida (dibromocloropropano) con infertilidad en trabajadores.

❖ Metales (plomo, cadmio, zinc)

Exposiciones de hombres a altas dosis de estos metales pueden provocar: abortos espontáneos, hipospermia, alteración en la libido, infertilidad, toxicidad testicular.

Evaluación de riesgo y medidas preventivas. Tal y como establece el Artículo 25.2 LPRL el empresario deberá tener en cuenta en la evaluación de riesgos laborales los factores de riesgo que pueden afectar a la procreación.

El modelo de evaluación a seguir respecto de los agentes químicos que pueden afectar a la reproducción, deberá ser el mismo que el establecido con carácter general para agentes químicos, determinando especialmente si se manipulan agentes que se mencionan en este apartado.

Como medidas preventivas se deberán aplicar las mismas que en el caso de riesgos para la maternidad. Es decir, las generales que se describen en el siguiente apartado, y las específicas para cada agente químico de las que se da cuenta en el apartado anterior, relativo a los riesgos para la maternidad.

Agentes químicos que afectan a la reproducción:

□ **Sustancias químicas y preparados etiquetados**

□ **Pesticidas**

□ **Metales (plomo, cadmio, zinc)**

□ **(Ver Anexo II de esta Guía)**

5.- Medidas preventivas generales frente a la acción de los

⁴⁷ Artículo 25.2 LPRL. También son de aplicación el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, por el que se regula la notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, modificado por los Reales Decretos 700/1998 y 507/2001, y las OM de 13 de septiembre de 1995, 21 de febrero de 1997, 30 de junio de 1998, 11 de septiembre de 1998, 16 de julio de 1999, 5 de octubre de 2000 y 5 de abril de 2001. Asimismo debe tenerse en cuenta el contenido del Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo, y el Documento sobre valores límites de exposición profesional para agentes químicos en España, elaborado por el INSHT para el año 2000, y revisado para 2001-2002.

⁴⁸ Una lista de agentes químicos que afectan a la fertilidad y de agentes químicos mutagénicos se encuentra en el Anexo II de esta Guía.

⁴⁹ Ver el apartado correspondiente a las Frases R del anterior "3.- Estudio detallado de los agentes químicos que pueden afectar a la reproducción de la mujer".

agentes químicos en el trabajo.

- ❖ Organización adecuada de los sistemas de trabajo.
- ❖ Selección e instalación de los equipos de trabajo.
- ❖ Establecimiento de los procedimientos adecuados para el uso y mantenimiento de los equipos utilizados o sus residuos.
- ❖ Adopción de medidas higiénicas adecuadas, personales, de orden y limpieza.
- ❖ Reducción de las cantidades de agentes químicos al mínimo necesario.
- ❖ Reducción al mínimo del número de trabajadores expuestos.
- ❖ Reducción al mínimo de la duración e intensidad de las exposiciones.

d) Condiciones de trabajo

1.- Carga física. Manipulación manual de cargas. Movimientos y posturas.⁵⁰



La ejecución de un trabajo conlleva una **carga física** o **carga corporal** y supone además la realización de movimientos y posturas, ponerse en pie o sentarse, que exige empleo de fuerza, entre otros supuestos para mover o apoyar cargas al levantarlas, empujarlas, llevarlas o arrastrarlas.

La naturaleza y el grado de carga física dependen de las características y condiciones del trabajo que se realiza por la trabajadora embarazada, con parto reciente o en período de lactancia.

El aparato locomotor y postura, **carga biomecánica**, durante el embarazo se modifican pues el cuerpo de la mujer experimenta grandes cambios, como aumento de peso y proporciones (vientre particularmente). Estos cambios pueden desplazar el centro de gravedad del cuerpo hacia delante y afectar al equilibrio corporal. El embarazo modifica también la estructura del tejido conjuntivo por los cambios hormonales reduciéndose la capacidad de carga.

La circulación sanguínea, corazón y sistema respiratorio, **carga energética**, también se ve afectadas, durante el embarazo el sistema respiratorio debe absorber oxígeno para la madre y para el feto y el corazón suministrar la sangre para ambos.

❖ Efectos

- **Manipulación manual de cargas**

- *Trabajadora embarazada:* La manipulación de cargas pesadas conlleva riesgo de lesión fetal y parto prematuro o de nacimientos con poco peso, dependiendo del esfuerzo y del peso de la carga así como de la manera de levantarla y la frecuencia del movimiento.

⁵⁰ Directivas 92/85/CEE y 90/269/CEE. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Además, en la medida que el embarazo evoluciona, aumenta el riesgo por manipulación manual de cargas hasta ser mayor en el último periodo.

- *Trabajadora con parto reciente*: Después del parto persisten o aparecen nuevos riesgos de daños como ocurre en caso de cesárea y por las razones señaladas en el embarazo debe seguirse prestando atención al manejo manual de cargas durante los tres meses siguientes a la reanudación del trabajo después del parto.
- *Lactancia*: La madre puede experimentar ciertas molestias al manipular cargas pesadas por el aumento y sensibilidad de los senos.
- *Reproducción*: No existen evidencias de afectación alguna.

Movimientos y posturas

Los riesgos de lesión o enfermedad por movimientos y posturas durante y después del embarazo resultan de varios factores juntos o aislados:

- Naturaleza, duración y frecuencia de las tareas y movimientos.
 - Ritmo, intensidad y variedad del trabajo.
 - Organización del tiempo de trabajo y pausas de descanso.
 - Factores ergonómicos y tiempo de trabajo en general.
 - La conveniencia y adaptabilidad de cualquier equipo de trabajo utilizado.
- *Trabajadora embarazada*: Los cambios hormonales de la mujer embarazada pueden afectar a los ligamentos, aumentando la predisposición a las lesiones. El tipo de trabajo y la posturas durante el embarazo influyen en la aparición y empeoramiento de las molestias de espalda. Ejemplos de tareas de riesgo son el trabajo pesado, de pie con el tronco inclinado hacia delante y el giro del mismo, largos periodos de pie o sentada sin cambiar de postura. Todos ellos suelen ser causa de una mala circulación que puede ocasionar molestias derivadas como varices y hemorroides.

La trabajadora puede precisar un mayor espacio para trabajar o adaptar su interrelación con los equipos de trabajo, ya que su estado modifica su tamaño y forma de moverse, estar de pie o sentada en tiempos prolongados en condiciones de seguridad y comodidad.

Los problemas de posturas pueden surgir en las diversas fases del embarazo y después del parto, y varían para cada trabajadora según sus características y circunstancias personales.
 - *Trabajadora con parto reciente*: Como en el embarazo la situación de los ligamentos puede predisponer a lesiones, de otro lado, éstas han podido ser causadas durante el embarazo y manifestarse tras el parto.

Después de un parto con complicaciones médicas, como cesárea o una trombosis de las venas profundas, pueden existir riesgos adicionales que precisan la aplicación de medidas de protección.
 - *Trabajadora en período de lactancia*: No se ha reconocido un riesgo específico.
 - *Reproducción*: No hay evidencias de afectación de daños.

❖ Medidas

En general cuando la mujer considera que puede estar embarazada se deben evitar trabajos que impliquen muchas horas seguidas sin períodos de descanso, o que obliguen a mantener posturas forzadas (que pueden alterar la circulación, con riesgo para el embrión y el feto), o que obliguen a estar muchas horas de pie o sentada, a trabajar en situaciones de peligro de caídas o en condiciones de aislamiento (sola).

Por todo ello, para activar las medidas de protección específicas, una vez identificado el riesgo general en la evaluación de riesgos inicial, cuando se haya manifestado al empresario la situación de embarazo o sea esta notoria o después de reanudar el trabajo tras el parto, procede la medición de la naturaleza, grado y duración del riesgo para la trabajadora concreta.

- **Manipulación manual de cargas:** La normativa prescribe las siguientes obligaciones frente a los riesgos, en particular de la columna vertebral.
 - Evitar la necesidad de manipulaciones manuales que entrañen riesgos.
 - Evaluar los riesgos que conllevan las actividades que no pueden evitarse.
 - Adopción de medidas para reducir al mínimo los riesgos.
 - Debe tenerse presente que las técnicas ordinarias sobre levantamiento de pesos (manteniendo la carga cerca del tronco), son de difícil aplicación en el último período de embarazo.
- **Movimientos y posturas:** El empresario debe adoptar las medidas necesarias para evitar que las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o se encuentren en período de lactancia queden expuestas:
 - A una manipulación manual que conlleve riesgos de lesión.
 - A movimientos y posturas incómodos, especialmente en espacios reducidos.
 - A trabajos en altura.
 - A que se manipulen cargas durante largos períodos de tiempo, o permanecer de pie o sentada sin hacer pausas con descansos periódicos para realizar ejercicios o movimientos que mantengan una buena circulación.
 - A adaptar, si fuera necesario, los equipos de trabajo o introducir nuevos como los dispositivos de elevación, sistemas de almacenamiento o a remodelar las actividades o puestos de trabajo.

Carga física:

- **Riesgos por manipulación manual de cargas para la trabajadora embarazada, que ha dado a luz recientemente o en período de lactancia.**
- **Riesgos por movimientos y posturas para la trabajadora embarazada o que ha dado a luz recientemente**
 - **Evitar manipulación manual de cargas**
 - **Evitar trabajo en alturas**
 - **Cambios de posturas y descansos periódicos**
 - **Evitar trabajos en solitario**

2.- Desplazamientos dentro o fuera del establecimiento⁵¹



Los desplazamientos durante el trabajo o entre el domicilio y el lugar de trabajo, pueden ser problemáticos para las trabajadoras embarazadas, ya que conllevan un riesgo de cansancio, vibraciones, estrés, postura estática, malestar y accidentes.

❖ Efectos

Estos riesgos pueden tener importantes consecuencias para la salud de las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente.

❖ Medidas

El empresario debe adoptar las medidas necesarias para que las *trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en período de lactancia* sean objeto de las medidas de protección adecuadas, tales como modificaciones horarias para facilitar desplazamientos seguros y no estresantes del domicilio al trabajo y viceversa.

**Desplazamientos dentro o fuera del establecimiento:
Riesgos de cansancio, vibraciones, estrés, etc., en caso de embarazo, parto reciente o lactancia**

3.- Trabajos de minería subterráneos⁵²



En el trabajo de la minería coinciden condiciones físicas difíciles y muchos riesgos de los agentes ya descritos constituyen una parte integrante del entorno de trabajo en una explotación minera (por ejemplo, riesgo de radiaciones ionizantes).

❖ Efectos

Similares a los ya descritos en este apartado de "Condiciones de trabajo" y en el de "Agentes físicos".

❖ Medidas

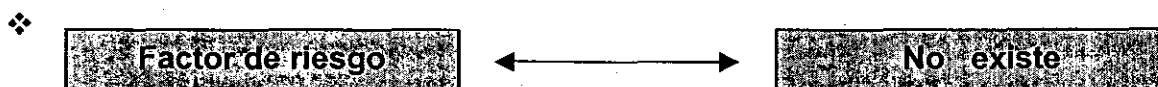
Una vez que se ha evaluado el riesgo procede adoptar las medidas consecuentes, conforme a los principios generales de la acción preventiva establecidos en la normativa vigente.

⁵¹ Directiva 90/268/CEE.

⁵² Directiva 92/104/CEE. Real Decreto 1389/1997, de 5 de septiembre, sobre disposiciones mínimas destinadas a proteger la seguridad y salud de los trabajadores en actividades mineras.

Trabajos de minería subterráneos:
Evitar trabajos en jornada completa o gran parte de ella en interior de minas a trabajadoras gestantes y lactantes.

4.- Trabajos con equipos de pantalla de visualización⁵³



El Comité Consultivo y la Comisión (Unión Europea) conscientes de la preocupación existente sobre la cuestión de que las radiaciones emitidas por los equipos de visualización de datos pueden afectar a la salud de las trabajadoras embarazadas y se han pronunciado sobre esta materia recogiendo las orientaciones actuales de los conocimientos científicos en que se declara que no hay evidencia de conexión alguna entre trabajos con pantallas de video y un incremento de abortos espontáneos.

Existen múltiples trabajos científicos en que se ha comparado la situación de las mujeres embarazadas expuestas a radiaciones de pantallas de datos y aquellas otras que no lo habían hecho, habiéndose obtenido resultados similares respecto a la incidencia de abortos espontáneos y prematuros. Ni siquiera se observaron riesgos en relación con el número de horas ocupadas frente a la terminal con exposición a campos electromagnéticos de frecuencias extremadamente bajas.⁵⁴

❖ **Efectos**

No se han recogido evidencias de que se produzcan daños para la salud.

❖ **Medidas**

No es necesario adoptar ninguna medida especial de protección respecto a las trabajadoras embarazadas, con parto reciente o en período de lactancia; si bien dado que diversos medios han relacionado sin fundamento peligros para la mujer embarazada ocupada en estos equipos, es importante que se de información correcta sobre la ausencia de riesgos.

El puesto de trabajo deba reunir y adecuarse a las condiciones ergonómicas exigidas para todos los trabajadores. requeridas.

Equipos con pantallas de visualización de datos (PVD):
No riesgos específicos

⁵³ Directiva 90/270/CEE. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

⁵⁴ Ver Directrices de la Comisión de 5 de octubre de 2000. Schnorr y cols. 1991; Kavet y Tell 1991; Lindbhom y cols. 1992; Parazinni y cols. 1993; Grasso y cols. 1997 y Marcus y cols. 2000

5.- Equipos de trabajo y equipos de protección individual (incluidas las prendas de vestir)⁵⁵



Los equipos de trabajo y los equipos de protección individual no suelen estar, por lo general, diseñados para ser utilizados por trabajadoras embarazadas, siendo así que el embarazo y lactancia, conllevan modificaciones fisiológicas que pueden hacer que los equipos y prendas de trabajo no sirvan para el objetivo pretendido de proporcionar protección o que sean un elemento de incomodidad y de malestar.

❖ Efectos

La trabajadora tiene transformaciones fisiológicas derivadas de su estado y puede verse afectada por la utilización de equipos de trabajo y de protección individual no adecuados a las mismas. De no usarlos o no poder hacerlo o si los utiliza, pueden constituir un riesgo añadido para su salud o la del feto, restando movilidad operativa y destreza y afectando a la coordinación funcional.

❖ Medidas

Siempre que sea posible los riesgos deben evitarse con la adaptación o sustitución por un equipo de trabajo alternativo adecuado al estado de la mujer trabajadora embarazada que además va variando durante la gestación. En caso de utilización de equipos de protección personal y otras prendas de trabajo, no pueden constituir un riesgo para la salud de la trabajadora embarazada. De no ser posible la adaptación de los mismos, deberá evitarse la realización del trabajo en que se precisa el equipo de protección personal que no ha sido posible adaptar.

***Equipos de trabajo y equipos de protección individual (EPIs):
Riesgos consecuentes a las transformaciones fisiológicas que conllevan el embarazo y la lactancia***

⁵⁵ Directivas 89/655/CEE y 89/656/CEE. Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre, sobre homologación de equipos de protección individual. Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.

E) CUADRO DE RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS PARA LA REPRODUCCIÓN Y LA MATERNIDAD.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS PARA LA REPRODUCCION Y LA MATERNIDAD*				
Riesgos Generales y situaciones asociadas	Agentes físicos	Agentes biológicos	Agentes químicos	Condiciones de trabajo
<p>Fatiga mental y física y tiempo de trabajo</p> <p>Movimientos y posturas forzadas</p> <p>Trabajo en altura</p> <p>Trabajo en solitario</p> <p>Estrés profesional</p> <p>Actividades realizadas de pie</p> <p>Actividades en posición sentada</p> <p>Ausencia de zonas de descanso y tabaquismo</p> <p>Instalaciones sanitarias poco adecuadas</p> <p>Alimentación poco apropiada</p> <p>Instalaciones deficientes o inadecuadas</p>	<p>Choques, vibraciones o movimientos</p> <p>Ruido</p> <p>Radiaciones ionizantes</p> <p>Radiaciones electromagnéticas no ionizantes</p> <p>Frío o calor extremos</p> <p>Trabajo en atmósferas de sobrepresión elevada</p>	<p>Agentes biológicos de los Grupos 2, 3 y 4 (hepatitis, sífilis, VIH-SIDA, varicela, herpes, tuberculosis, tifus, etc.)</p> <p>Agentes biológicos que provocan abortos o lesiones físicas o neurológicas en el feto, incluidos en Grupos 2, 3 y 4, en particular rubéola y toxoplasmosis</p>	<p>Sustancias etiquetadas (y preparados etiquetados) con las frases R40, R45, R46, R49, R61, R63, y R64.</p> <p>Agentes químicos y procedimientos industriales</p> <p>Mercurio y sus derivados</p> <p>Monóxido de carbono</p> <p>Medicamentos antimetabólicos (citotóxicos).</p> <p>Agentes químicos con peligro de absorción cutánea. Plaguicidas</p> <p>Disolventes orgánicos (benceno, etileno, tolueno, etc.)</p> <p>Plomo y otros metales</p> <p>Disruptores endocrinos</p>	<p>Manipulación manual de cargas</p> <p>Movimientos y posturas</p> <p>Desplazamientos dentro y fuera del establecimiento</p> <p>Trabajos de minería subterráneos</p> <p>Equipos de trabajo y equipos de protección individual</p>

* Anexos I y II Directiva 92/85/CEE. Directrices COM (2000) 466 y COM (2001) 262.

F) RELACIÓN NO EXHAUSTIVA DE ASOCIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS OBSERVADAS ENTRE EXPOSICIONES LABORALES A AGENTES Y ALTERACIONES EN LA REPRODUCCIÓN.

AGENTE U OCUPACIÓN DE RIESGO	SEXO	ALTERACIONES
Agentes biológicos	M	Infección del feto. Aborto espontáneo. Lesiones físicas o neurológicas del feto
Dibromocloropropano	H	Subfertilidad o infertilidad
Dibromuro de etileno	H	Subfertilidad o infertilidad
	M	Tumores infantiles
Disulfuro de carbono	H	Subfertilidad o infertilidad
	M	Aborto espontáneo
Éteres de etilenglicol	H	Subfertilidad o infertilidad
	M	Aborto espontáneo
Tolueno	H	Aborto espontáneo
	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Xileno	H	Aborto espontáneo
	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Benceno	H	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Bajo peso al nacer
	M	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Tricloroetano	H	Aborto espontáneo
Cloropreno	H	Subfertilidad o infertilidad
Óxido de etileno	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Cloruro de polivinilo (PVC)	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Disolventes en general	H	Aborto espontáneo. Prematuro. Bajo peso al nacer. Anomalia congénita. Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil. Tumor de Wilms
	M	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Anomalia congénita.
Plomo (y derivados)	H	Subfertilidad o infertilidad. Aborto espontáneo
	M	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Arsénico y sus compuestos	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Mercurio orgánico	M	Muerte fetal. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Mercurio inorgánico	H	Subfertilidad o infertilidad. Aborto espontáneo
Metilmercurio	M	Anomalia congénita
Cadmio	H	Subfertilidad o infertilidad
	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Otros metales (Antimonio, Selenio, Fósforo, Cromo, Talio)	H	Reducción libido o impotencia. Aborto espontáneo. Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil. Tumor de Wilms. Hepatoblastoma
	M	Aborto espontáneo. Prematuro. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Monóxido de carbono	M	Aborto espontáneo. Prematuro. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Gases anestésicos	H	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Cloruro de vinilo	H	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Hidrocarburos	H	Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil. Tumor de Wilms
	M	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Anomalia congénita. Bajo peso al nacer
Pinturas	H	Anomalia congénita. Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil. Tumor de Wilms
Plásticos, cauchos y gomas	H	Aborto espontáneo. Prematuro
Agentes estrogénicos	H	Reducción libido o impotencia
Radiaciones ionizantes	H	Subfertilidad o infertilidad
	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita. Muerte fetal. Leucemia infantil
Plaguicidas	H	Leucemia infantil
	M	Anomalia congénita
Tintes	H	Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil
Citostáticos	M	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Infecciones	M	Muerte fetal. Anomalia congénita
Carga física intensa	M	Aborto espontáneo. Muerte fetal. Prematuro. Bajo peso al nacer

Calor extremo	<i>H</i>	Subfertilidad o infertilidad
	<i>M</i>	Anomalia congénita
Estrés laboral	<i>M</i>	Aborto espontáneo. Prematuro. Bajo peso al nacer. Reducción capacidad de lactancia
Actividades realizadas de pie	<i>M</i>	Prematuro.
Tabaquismo	<i>M</i>	Anomalia congénita. Tumores infantiles
Choques y vibraciones	<i>H</i>	Subfertilidad o Infertilidad
	<i>M</i>	Prematuro. Bajo peso al nacer
Ruido	<i>M</i>	Prematuro
Refinerías de petróleo	<i>H</i>	Aborto espontáneo
Industria textil	<i>H</i>	Muerte fetal. Prematuro. Bajo peso al nacer
	<i>M</i>	Aborto espontáneo. Bajo peso al nacer
Forestal (aserraderos)	<i>H</i>	Anomalia congénita
Clínicas dentales	<i>M</i>	Aborto espontáneo. Muerte fetal
Quirófanos	<i>M</i>	Aborto espontáneo. Muerte fetal
Enfermería	<i>M</i>	Muerte fetal. Prematuro. Bajo peso al nacer
Laboratorios	<i>M</i>	Aborto espontáneo. Anomalia congénita
Soldadura	<i>H</i>	Subfertilidad o infertilidad. Anomalia congénita. Tumor de Wilms
Industria del cuero	<i>M</i>	Muerte fetal. Anomalia congénita
Automoción (mecánica)	<i>H</i>	Anomalia congénita. Leucemia infantil. Tumor de Wilms
Maquinistas	<i>H</i>	Leucemia infantil. Tumor de Wilms
Conductores de vehículos	<i>H</i>	Anomalia congénita. Leucemia infantil. Tumor cerebral infantil
Industria de la aviación	<i>H</i>	Tumor cerebral infantil
Empresas de limpieza	<i>M</i>	Muerte fetal
Bomberos	<i>H</i>	Anomalia congénita
Lavanderías (limp. en seco)	<i>M</i>	Aborto espontáneo muerte fetal
Industria electrónica	<i>H</i>	Tumor cerebral infantil. Tumor de Wilms. Neuroblastoma

G) RELACIÓN NO EXHAUSTIVA DE AGENTES Y SUSTANCIAS Y DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS CON RIESGO DE EXPOSICIÓN.

Mercurio y sus compuestos	Fabricación y reparación de termómetros, barómetros, lámparas incandescentes, tubos radiográficos y pilas eléctricas. Laboratorios de fotografía. Amalgamas de odontología. Fabricación y empleo de funguicidas. Desinfectantes tales como mercurocromo, mercurmina, cloruro mercuríco.
Plomo y sus derivados	Metalurgia en general. Fabricación y reparación de baterías con acumuladores de plomo. Gasolinas. Fabricación y aplicación de esmaltes, pinturas, lacas y tintas. Trabajos de esmaltados, alfarería, imprentas, vidriado y decoración de piedras cerámicas. Preparación y empleo de insecticidas. Trabajos de fontanería. Talla de diamantes. Fabricación de cloruro de polivinilo. Fabricación de vidrios.
Hidrocarburos	Fabricación y aplicación de grasas, aceites, ceras, resinas, lacas, barnices, breas y asfaltos. Derivados halógenos en aparatos e instalaciones frigoríficas. Fabricación y aplicación de pesticidas. Aparatos extintores de incendios. Fabricación de desinfectantes, anestésicos, antisépticos y otros productos de la industria farmacéutica. Fabricación y aplicación de pinturas, barnices y lacas. Fabricación y aplicación de lociones de peluquería.
Benceno, tolueno y xileno	Industrias de perfumes y materias colorantes. Disolventes de aceites, grasas alcaloides y resinas. Desengrasado de huesos, tejidos y pieles. Fabricación de colas y adhesivos. Reparación de neumáticos, flotadores, tejidos impermeables, zapatos y sombreros. Fabricación de productos farmacéuticos.
Cromo	Fabricación de pigmentos, colorantes, barnices y pinturas. Industria cerámica. Industrias de tintado de tejidos. Curtido de pieles. Clichés de fotograbados. Litograbados. Fabricación de cerillas.
Níquel	Trabajos de bisutería. Fabricación de utensilios de menaje de cocina. Fabricación de monedas.
Arsénico y sus compuestos	Fundiciones de cobre, cinc, estaño y plomo. Fabricación y empleo de colorantes y pinturas para las industrias de pintura, cerámica, vidrio, papeles pintados, tintado de tejidos, falsas piedras y efectos de bronceado artificial. Tratamiento de cueros y maderas. Conservación de pieles. Industria farmacéutica.
Cloro	Procesos de blanqueo y decoloración en las industrias textil, papelera y de fibras artificiales. Productos herbicidas y defoliantes.
Bromo	Procesos de blanqueo de fibras textiles y seda.
Ácido nítrico	Grabado al agua fuerte. Producción de seda artificial y de cuero sintético.

Alcoholes	Disolventes y diluyentes para colorantes, pinturas, lacas y barnices. Fabricación de quitamanchos. Industrias de cosméticos, perfumes y jabones. Esencias de frutas. Líquidos anticongelantes. Industria farmacéutica.
Cetonas	fabricación de fibras textiles, cueros artificiales y seda. Limpieza y preparación de tejidos para el tinte. Productos de limpieza. Industrias farmacéutica, de perfumería y cosméticos.
Cloruro de vinilo	Industria del plástico
Epiclorhidrina	Pesticidas Fabricación de plásticos adhesivos, fibras textiles y productos farmacéuticos.
Estireno	Fabricación de plástico duro.
Oxido de etileno	Industria química. Esterilizantes en centros sanitarios. Fumigantes y funguicidas.
Dibromuro de etileno	Antidetonante del plomo de la gasolina. Pesticidas. Síntesis de productos farmacéuticos. Disolventes de resinas, gomas y ceras.
Monóxido de carbono	Todos los procesos de combustiones incompletas o con deficiencia de oxígeno, como los que pueden producirse en fuegos e incendios interiores, cocinas, garajes o trabajos con motores de explosión, talleres de automoción, calderas, instalaciones de calefacción, hornos de leña, etc. Conducción de vehículos en recintos cerrados (túneles, etc.). Bodegas de fermentación, en unión de dióxido de carbono. Trabajos en fosos.
Plaguicidas	Trabajos agrícolas en general. Particularmente, trabajos agrícolas en invernaderos y con altas temperaturas.
Medicamentos antimitóticos (citotóxicos)	Trabajos de preparación, administración y eliminación de residuos de los fármacos que inhiben o impiden la mitosis (división celular), actuando sobre células cancerosas.

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

III CURSOS DE VERANO DE SANTANDER

MUJERES, TRABAJOS Y SALUD

**EXPERIENCIA DE INTERVENCION:
SECTOR DE LAS CONSERVERAS
EN CANTABRIA**

**(EVALUACION ERGONOMICA
DEL PUESTO DE UNA FILETEADORA)**

MARINA SARABIA ALEGRIA

Licenciada en Medicina y Cirugía

Máster en Prevención de Riesgos Laborales

Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales,

especialidad Ergonomía y Psicosociología Aplicada

Máster en Gerontología

INDICE

I. INTRODUCCION

II. LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS ASOCIADAS A LA CARGA FISICA EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. IMPORTANCIA DE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS EN EL TRABAJO

2. FACTORES DE RIESGO DE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS

III. EVALUACION DE RIESGOS DEBIDOS A LA CARGA FISICA

(Evaluación de tareas repetitivas de miembro superior por el método IBV)

IV. MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS

I. INTRODUCCION

El artículo 14.1 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece que "los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo". Este derecho "supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales". Para el cumplimiento de este deber de protección, el empresario debe, entre otros principios generales de protección a aplicar, "adaptar el trabajo a la persona... con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud".

Las actividades laborales pueden afectar la salud de los trabajadores si se realizan en condiciones inadecuadas; condiciones inadecuadas que pueden estar relacionadas con aspectos de seguridad e higiene en el trabajo, o con aspectos ergonómicos como el diseño del puesto, la exposición a carga física y la exposición a carga mental.

De todos estos factores, actualmente están cobrando una enorme y creciente importancia las lesiones relacionadas con la carga física a la que se ve expuesto un trabajador.

El proceso de fileteado y envasado, una de las fases de la elaboración de filetes de anchoa y objeto de estudio de esta intervención, es exclusivamente manual y realizado por personal femenino, siendo la posición sentado, la posición habitual de las trabajadoras.

Las trabajadoras con más adiestramiento en el desarrollo de su actividad, pueden llegar a completar más de mil octavillos diarios, lo que nos puede dar una idea del ritmo de trabajo y de la carga física que soportan.

Debido a esta carga física, se pueden identificar los siguientes riesgos en el proceso de fileteado y envasado:

- Las trabajadoras desarrollan su actividad sentadas durante largos períodos de tiempo, provocando **Inflamación de los tobillos, problemas circulatorios y aparición de varices.**
- Con respecto a la posición del cuello adoptada por las operarias es la de una **flexión mayor de 20°.**
- En las tareas de filetear, los movimientos realizados con las muñecas suponen una **desviación radial/cubital y una pronación/supinación.**

Estos riesgos de lesión o molestias pueden dar lugar a determinados trastornos músculo-esqueléticos.

II. LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS ASOCIADAS A LA CARGA FISICA EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. IMPORTANCIA DE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS EN EL TRABAJO

Según la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los tipos de demandas físicas del trabajo que se dan con mayor frecuencia son "mantener una misma postura de trabajo"(66% de los encuestados) y "realizar movimientos de manos o brazos muy repetitivos" (61% de los encuestados).

En la citada Encuesta, un 76,8% de los encuestados manifiesta sentir alguna molestia músculo-esquelética, que achaca a las posturas y esfuerzos derivados de su trabajo.

Dentro de las lesiones ocupacionales de tipo músculo-esquelético, pueden distinguirse dos grandes grupos en función de la zona corporal afectada: lesiones en la espalda, fundamentalmente en la zona lumbar, y lesiones en miembros superiores y en la zona del cuello y del hombro.

1.1. LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS EN LA COLUMNA

Aunque las lesiones lumbares se deben principalmente a la manipulación de cargas, también son comunes en otros entornos del trabajo, como el sedente, en los que no se dan manipulaciones de carga y

sí posturas inadecuadas con una elevada carga muscular estática como sucede durante el proceso de fileteado y envasado, objeto de este estudio.

1.2. LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS EN LOS MIEMBROS SUPERIORES, Y EN LA ZONA DEL CUELLO Y DE LOS HOMBROS

El segundo gran grupo de lesiones de tipo músculo-esquelético son los denominados traumatismos de tipo acumulativo.

El término traumatismo acumulativo representa aquellos síndromes caracterizados por molestias, incomodidad, impedimento o dolor persistente en articulaciones, músculos, tendones y otros tejidos blandos, con o sin manifestación física, causado o agravado por movimientos repetidos, posturas forzadas y movimientos que desarrollan fuerzas altas, en el trabajo o en el ocio.

Se distinguen los siguientes tipos de traumatismos acumulativos:

a) Traumatismos acumulativos específicos en mano y muñeca:

- TENDINITIS
- TENOSINOVITIS
- GANGLION *→ Muñeca*
→ dedo
- SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
- SINDROME DEL CANAL DE GUYON

b) Traumatismos acumulativos específicos en codo y brazo:

- EPICONDILITIS Y EPITROCLEITIS
- SINDROME DEL PRONADOR REDONDO
- SINDROME DEL TUNEL RADIAL
- TENOSINOVITIS DEL EXTENSOR

c) Traumatismos acumulativos específicos en hombros y cuello:

- TENDINITIS DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES
- SINDROME DE ESTRECHO TORACICO O COSTOCLAVICULAR
- SINDROME CERVICAL POR TENSION

2. FACTORES DE RIESGO DE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS

2.1. POSTURAS DE TRABAJO

Las posturas de trabajo inadecuadas son uno de los factores de riesgo fundamentales de los trastornos músculo-esqueléticos.

Diferentes trabajos de investigación muestran que existe una relación causa-efecto entre la adopción de posturas incorrectas en el trabajo y la aparición de trastornos músculo-esqueléticos.

Los efectos derivados de una postura de trabajo inadecuada continúan a menos que se tomen medidas que evalúen y reduzcan el problema.

2.2. REPETITIVIDAD

Los investigadores dan definiciones diversas sobre el concepto de repetitividad. Una de las más aceptadas es la de Silverstein, que indica que el trabajo se considera repetido cuando la duración del ciclo de trabajo fundamental es menos de 30 segundos.

La carga de trabajo, tanto estática como dinámica, junto con factores psíquicos y orgánicos del propio trabajador, y un entorno desagradable y no gratificante se suman en la formación de la fatiga muscular. Conforme ésta se hace más crónica aparecen las contracturas, el dolor y la lesión.

2.3. ESFUERZOS

La fuerza que se requiere para realizar ciertas actividades laborales es también uno de los factores críticos que contribuyen a la aparición de trastornos músculo-esqueléticos.

A medida que se incrementa el esfuerzo muscular como consecuencia de cargas altas, disminuye la circulación sanguínea en el músculo y aparece más rápidamente la fatiga muscular; en las tareas donde los requerimientos de fuerza son elevados puede no haber suficiente tiempo de recuperación y producirse lesiones en los tejidos blandos.

III. EVALUACION DE RIESGOS DEBIDOS A LA CARGA FISICA

Para la evaluación de tareas repetitivas de miembro superior con ciclos de trabajo definidos se propone la utilización del método IBV, que proporciona dos niveles de riesgo, uno para la zona del cuello-hombro, y otro para la zona de la mano-muñeca.

El método IBV (Instituto de Biomecánica de Valencia, 1996) se desarrolló a partir de un proyecto de investigación realizado durante los años 1994 y 1995 por el IBV, en colaboración con la mutua de accidentes de trabajo Unión de Mutua y con el sindicato Comisiones Obreras.

Este programa permite codificar las posturas fundamentales que se dan en los ciclos de trabajo definidos, y los tiempos de exposición; a partir de ellos, el método obtiene unos índices de riesgo de lesión o molestias en la zona del cuello-hombro y en la zona de la mano-muñeca.

IV. MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS

Se recomiendan las siguientes medidas de prevención:

- 1. NO PERMANECER ENTERAMENTE INMOVIL DURANTE LARGOS PERIODOS DE TIEMPO**
- 2. ELEVAR LA ALTURA DEL PLANO DE TRABAJO**
- 3. AUMENTAR EL ESPACIO RESERVADO PARA LAS PIERNAS**
- 4. UTILIZACION DE SILLAS ERGONOMICAS, REGULANDO ESTAS DE ACUERDO A SUS CARACTERISTICAS PERSONALES**
- 5. INCORPORACION A LAS SILLAS O BAJO LA MESA DE UN PUNTO DE APOYO PARA LOS PIES**
- 6. INFORMAR Y FORMAR A LAS TRABAJADORAS PARA QUE:**
 - REALICEN FRECUENTES CAMBIOS DE POSTURA DE TRABAJO**
 - UTILICEN MEDIAS ESPECIALES ELASTICAS**
 - EJECUTEN EJERCICIOS DE RELAJACION DEL CUELLO Y ESTIRAMIENTOS EN LAS DISTINTAS ZONAS CORPORALES**
 - MECANISMOS DE CONTENCION: BRAZALETES, MUÑEQUERAS, CODERAS DE DESCARGA, FAJAS,...**
- 7. REALIZAR RECONOCIMIENTOS MEDICOS PERIODICOS Y ESPECIFICOS FRENTE A LOS RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO**

RIESGOS ESPECÍFICOS

EN PROFESIONES SANITARIAS

Celia Nespral Gaztelumendi

Universidad de Cantabria

Objetivos:

- Describir las características de género de los profesionales sanitarios.
- Definir los riesgos específicos a los que está sometido el personal sanitario, poniendo especial énfasis en el colectivo de enfermería, por ser el más numeroso y mayoritariamente femenino.
- Reflexionar sobre las estrategias de prevención desde una mirada de género.

EL GÉNERO EN LAS PROFESIONES SANITARIAS.

El personal sanitario constituye un volumen importante de trabajadores en el mundo. De ellos el colectivo de enfermería, en primer lugar, y el de médicos a continuación, son los más numerosos. Sólo en España había, a comienzos del año 2000, casi 400.000 enfermeras y médicos colegiados, que, en su mayoría, desarrollan su trabajo en medios sanitarios colectivos, generalmente en recursos propios o concertados del Sistema Nacional de Salud, tanto en atención primaria como especializada.

A pesar de que se conocen desde hace tiempo los riesgos a los que están expuestos, hasta muy recientemente la atención prestada a este problema ha sido escasa. Es probable que, en parte, se haya debido a la actitud del propio personal que ha dedicado todas sus energías al cuidado del enfermo olvidando ocuparse de sus propias necesidades, pero también, y en mi opinión, a su carácter eminentemente femenino, con las connotaciones que ello conlleva.

Tradicionalmente el sector salud ha tendido a absorber un gran número de mujeres, ya sea por las características de los servicios prestados o por la tradición de la profesión. El cuidado ha sido siempre prodigado por la mujer y la profesionalización del mismo también ha sido mayoritariamente femenino. Por ello, el papel de la mujer en los servicios de salud puede considerarse como una extensión de sus funciones cuidadoras en el ámbito doméstico. De hecho, ser enfermera ha implicado ejercer una profesión compatible con el rol social dependiente que se le ha asignado a la mujer, así como con las características que en nuestra cultura se asocian con la feminidad.

Esto mismo es lo que sigue ocurriendo en el seno familiar, donde los cuidados que se dan a las personas enfermas o con algún tipo de incapacidad continúan recayendo, en el 93% de los casos, en las mujeres, quienes también se ocupan de gestionar las relaciones de la familia con los servicios de salud, lo que tiene importantes repercusiones en su salud física, psíquica y social.

Se acepta como un hecho natural que el hombre desempeñe el papel de médico y la mujer el de enfermera y las imágenes de ambos se asocian automáticamente con atributos socialmente considerados como "masculinos" (competitividad, ambición, independencia, dominación...) y "femeninos" (sumisión, compasión, pasividad, emotividad...), compatibles con las funciones que desempeñan unos y otras.

El médico es el que sabe y el que cura y la enfermera la que cuida, explica, limpia y trasnocha; hay una relación directa entre las actividades de "menor valor" de la atención al paciente con las mujeres y la enfermería y entre las de "mayor valor" con los hombres y los médicos.

La situación que vive la mujer en este medio guarda una estrecha relación con las características de la integración de la mujer en el mercado de trabajo. Se da en el medio sanitario una rígida jerarquización de las distintas ocupaciones y profesiones y una marcada división por clase social y género, de las cuales se derivan situaciones claras de discriminación, como son el poco prestigio que se otorga socialmente a la enfermería, su subordinación a la medicina y el predominio del poder médico en un ámbito en el que aquélla representa la mayor fuerza de trabajo, también el escaso interés que se muestra en buscar alternativas a algunas de las condiciones laborales que aumentan la dureza del trabajo de las enfermeras, dificultan su realización adecuada en buenas condiciones y favorecen la aparición de problemas de salud importantes.

Es cierto que algunos aspectos están cambiando, pero no profundamente ni en su orientación. En el año 2000 había un total de 179.033 médicos y médicas colegiados, de los que ya más del 30% son mujeres, con una progresiva y continuada tendencia a la feminización de la profesión, aunque ello ocurre fundamentalmente en el campo de la atención primaria, en el que casi la mitad de los médicos de familia son mujeres, y en algunas especialidades (Laboratorio, Pediatría, Psiquiatría) mientras que otras continúan siendo eminentemente masculinas (Traumatología, Urología y todas las Quirúrgicas).

En este grupo profesional hay documentadas diferencias de género tanto en la forma de comunicarse con el paciente, como en su actuación profesional y en los resultados que obtienen. Las consultas de las médicas suelen ser más largas, ellas prestan más atención a los aspectos psicológicos, sociales y familiares y, en general, negocian más con el paciente y escuchan más. Por su parte, los médicos manifiestan tener mayor confianza en la eficacia de las recomendaciones preventivas que dan a sus pacientes y su producción investigadora, en cuanto a publicaciones, suele ser mayor.

En cuanto al colectivo de enfermería, entre las que se incluyen a fisioterapeutas y matronas, se ha incrementado ligeramente el número de hombres, pero aún con ello continua siendo una profesión mayoritariamente femenina. También en el año 2000, había 217.725 colegiados, de las que son mujeres el 80% y entre los que se da también una distribución por áreas de actuación, los enfermeros se localizan más en especialidades técnicas, servicios especiales y puestos de gestión.

El resto de los colectivos sanitarios importantes en número y de los que es más difícil obtener datos generales, son también mayoritariamente femeninos, eso ocurre con las camareras y limpiadoras, quienes en muchos casos están sometidas a alguno de los riesgos que afectan a los profesionales. En el caso de las auxiliares de clínica, aunque no están contabilizadas entre el personal de enfermería que he citado, sufren los mismos riesgos que las enfermeras con las que desarrollan su trabajo y por tanto, cuando hablo del riesgo de la enfermería, me refiero tanto a ellas como a las enfermeras colegiadas.

INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD LABORAL EN EL MEDIO SANITARIO.

El hospital es un lugar único en cuanto al riesgo de problemas de salud relacionados con el trabajo, el amplio colectivo profesional y la diversidad y complejidad de los procesos y actividades que tienen lugar en el mismo hace que se potencien los riesgos de todo tipo, también por ello es el medio más estudiado. Ello no quiere decir que otros medios, como los centros de salud o cualquier consulta o servicio esté exento de ellos, sino que alguno de los que se dan en el

hospital pueden ser extrapolables a cualquier otro servicio sanitario, en función de la actividad que se lleve a cabo y de las condiciones en que se realice.

En los EEUU se estima que el personal hospitalario tiene aproximadamente un 40% más de probabilidades de perder horas de trabajo a causa de una enfermedad ocupacional, que el resto de la población laboralmente activa (en 1994 la tasa de días de trabajo perdidos en sanitarios fue de 8,7 por 100 trabajadores a tiempo completo y de 6,1 para el resto de trabajos en su conjunto).

En España:

- El ámbito sanitario es uno de los sectores donde más accidentes laborales se producen.
- 6 de cada 10 accidentes de los que se producen en el sector servicios ocurren en el medio sanitario y afectan sobre todo a la enfermería.
- Se estima que tan sólo 1 de cada 4 accidentes laborales de la enfermería se recogen y se registran como tales y lo mismo ocurre con las enfermedades profesionales, en que muchos casos son declarados como enfermedades comunes.
- En 1996, según datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene, se declararon:
 - o Accidentes de trabajo con baja: 2557 en enfermeros
861 en médicos y odontólogos
32 en otras profesiones de nivel superior
 - o Enfermedades profesionales con baja: 131 en enfermeros
57 en médicos y odontólogos

RIESGOS A LOS QUE ESTÁN SOMETIDOS LOS TRABAJADORES SANITARIOS.

1. **Físicos:** relacionados con el microclima laboral y las condiciones físicas del entorno de trabajo. Los más frecuentes son debidos a:
 - El ruido: la mayor exposición se da en las intervenciones quirúrgicas de algunas especialidades (maxilofacial, traumatología, ortopedia, otorrino), en las unidades de cuidados intensivos y en las consultas de odontología.
 - Las radiaciones ionizantes: Rayos X y elementos radioactivos de radiología, radioterapia, laboratorios clínicos y dentales y salas de operaciones.
 - Las radiaciones no ionizantes: láser, ultravioleta, campos magnéticos, radiofrecuencias.
 - La temperatura, iluminación y otras condiciones microclimáticas inadecuadas: frío, calor, humedad, sequedad del ambiente, iluminación.
 - Las condiciones ambientales inadecuadas: firmes, suelos, pasillos y zonas de circulación, espacios o habitaciones inestables, poco resistentes, resbaladizos, con irregularidades, estrechos o que dificultan el desplazamiento de camas y material, el orden y la limpieza.
 - Las instalaciones eléctricas y aparatos que no reúnen las condiciones de seguridad imprescindibles, la falta de mantenimiento de la tecnología médica.
 - Los incendios y explosiones por cerillas, anestésicos, oxígeno y líquidos inflamables.
2. **Químicos:** motivados por la manipulación y gestión de sustancias químicas, en muchos casos altamente contaminantes. Los más tóxicos son:
 - Los utilizados para desinfección y esterilización: glutaraldehído, formol, óxido de etileno.
 - Los gases anestésicos.
 - Los reactivos citotóxicos.
 - Algunos medicamentos y preparados farmacéuticos.

- La resina acrílica de dentaduras, aparatos para sordos y cirugía ortopédica.
 - El yeso de las escayolas.
 - Los freones de los propelentes de sprays.
3. **Biológicos:** motivados por la manipulación de sangre y otros fluidos corporales que pueden contener virus, bacterias, parásitos u hongos:
- Hepatitis B y C y VIH/SIDA.
 - Tuberculosis.
 - Rubéola y otras infantiles.
 - Otras: Adenovirus, Herpes simple, Legionella (aire acondicionado, aerosoles, grifos, duchas), Aspergillus.
4. **Ergonómicos:** motivados por sobreesfuerzos, posturas forzadas, características ergonómicas deficientes de los equipos y materiales que se utilizan en relación con:
- La manipulación de cargas y aparatos.
 - La movilización de enfermos: levantar a los pacientes constituye un importante problema para la enfermería.
5. **Psicosociales:** pueden ser específicos, relacionados con el desempeño de la función propia de cada profesional o comunes a otras profesiones que son los que tienen que ver con la organización del trabajo. Son múltiples, entre otros:
- La sobrecarga de trabajo y la complejidad del mismo.
 - El contacto constante con el sufrimiento y la muerte.
 - Las relaciones con los pacientes, familiares y otros trabajadores.
 - La rígida estructura jerárquica.
 - Los cambios tecnológicos rápidos y la complejidad del trabajo.

PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS:

Infecciones:

Es, sin duda, el más frecuente de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores sanitarios.

Son numerosas las publicaciones que hacen referencia a brotes intrahospitalarios de infecciones como LA RUBÉOLA, EL SARAMPIÓN, LA VARICELA O LA TUBERCULOSIS, entre otras.

La TUBERCULOSIS ha saltado de nuevo a un primer plano como riesgo profesional debido a su resurgimiento a mitad de la década de los 80, junto con el SIDA, y a la aparición de brotes nosocomiales y multirresistentes que han afectado al personal sanitario. Además, España ha sido, y continua siendo, un país de elevada endemia tuberculosa.

Existen pocos estudios rigurosos publicados sobre tasas de conversión anual de la prueba de la tuberculina en el personal sanitario, por lo que sus resultados son poco fiables, aunque alguno realizado en estudiantes de enfermería (Laínez et al. 1999) recoge una elevada frecuencia anual de viraje tuberculínico, en relación con la población general, lo que parece ilustrar este riesgo ocupacional.

Por otra parte, hay más de 20 enfermedades que pueden contagiarse por la exposición percutánea o cutáneomucosa a sangre y fluidos corporales, afectan sobre todo al personal de enfermería pero el problema puede llegar hasta el personal de limpieza y lavandería.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, al menos 1 de cada 8 trabajadores de atención de salud sufre un accidente por agujas hipodérmicas que puede exponerle a infecciones graves o mortales y las heridas de aguja representan el 86% del total de las transmisiones profesionales de enfermedades infecciosas.

En EEUU se declaran entre 800.000 y 1 millón de pinchazos/año que teniendo en cuenta la existencia de un porcentaje de no declaración del 40-60%, representa una cifra global de 1,5 millones de pinchazos/año.

Este riesgo es mayor en el caso de los jóvenes que se encuentran en etapa de formación de profesiones sanitarias, aunque no existe un registro oficial que documente la frecuencia de las afecciones asociadas a sus actividades de aprendizaje.

HEPATITIS B:

- Ha sido la enfermedad profesional por excelencia en el personal sanitario, con un riesgo entre 3-10 veces superior al de la población general.
- En los países desarrollados la infección se contrae frecuentemente en la adolescencia y juventud, por ser el período de la vida en el que se inicia la exposición a los principales riesgos de adquisición del virus. En el caso de los estudiantes de ciencias de la salud se sumaba, además, el riesgo de exposición ocupacional. Este riesgo se ha minimizado en los últimos años con los programas de vacunación universal instaurados en España y otros países de nuestro entorno, de modo que todas las cohortes de jóvenes que llegan a la universidad son inmunes al VHB, lo que contribuirá de forma importante a la reducción del problema.

HEPATITIS C:

- Su transmisibilidad es mucho menor que la de la B. Sin embargo su pronóstico y la ausencia de vacuna y de tratamiento postexposición eficaces la ha situado, junto con el SIDA, en el punto de mira de la percepción del riesgo ocupacional.
- El riesgo de transmisión del virus tras una exposición percutánea se estima entre el 0,6-1,2%.

SIDA:

- El primer caso descrito por transmisión ocupacional ocurrido en una enfermera, en diciembre de 1984, ha sido un factor fundamental en la sensibilización sobre los riesgos de esta profesión.
- Hasta diciembre de 1997 se habían descrito en el mundo 95 casos documentados, de los cuales 47 fueron en enfermeras y 3 en estudiantes de enfermería.
- En España hay 3 casos documentados de infección adquirida en el medio sanitario hace más de 8 años, en enfermeras, y su mecanismo de adquisición ha sido a través de un pinchazo accidental.
- El riesgo de infección tras una exposición accidental a sangre infectada es muy bajo, se estima en un 0,3%, dependiendo del tipo de exposición, profundidad del pinchazo e infecciosidad de la fuente.

Otros problemas de salud:

PROCESOS MUSCULARES Y OSTEOARTICULARES:

La bibliografía muestra la alta prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería que trabaja en hospitales, en especial dolor y molestias en cuello, hombros y zona lumbar que dificultan su actividad diaria y ocasionan bajas laborales importantes.

En la mayoría de los casos estos problemas son debidos a la movilización de pacientes en condiciones inadecuadas.

DERMATITIS:

Se produce, sobre todo en el personal de enfermería, por contacto con desinfectantes, antisépticos, óxido de etileno de la esterilización, látex de los guantes, resinas y otras muchas sustancias que se utilizan en el medio sanitario.

ESTRÉS O DESGASTE PROFESIONAL.

Diversos estudios ponen de manifiesto que los profesionales de la salud están especialmente expuestos al estrés en su lugar de trabajo. El estrés son las reacciones emocionales y físicas que se producen en las interacciones entre el trabajador y su entorno de trabajo cuando las exigencias del puesto o la tarea superan la capacidad de respuesta individual.

Puede estar causado por la combinación de distintos factores:

- De la tarea: incertidumbre ante las decisiones a tomar, responsabilidad, gravedad de los enfermos, trato con pacientes, sobrecarga emocional.
- De la organización: la coordinación y distribución de funciones y actividades, la cultura (pertenencia, reconocimiento, seguridad, expectativas), la participación en decisiones, las relaciones con otros profesionales, los cambios importantes y rápidos, la autonomía, el horario de trabajo, los riesgos.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS SANITARIOS.

La prevención se basa en:

- ✓ Aumentar el conocimiento de los riesgos, sus efectos sobre la salud y los mecanismos para evitarlos, para lo que es necesario investigar para obtener datos de todos estos aspectos.
- ✓ Aplicar medidas dirigidas a evitar o disminuir la presencia de todo tipo de riesgos.
- ✓ Minimizar el contacto del personal con los riesgos que no sean evitables o protegerle frente a ellos con medidas individuales o colectivas.
- ✓ En último término, y en las situaciones en que lo anterior no sea posible, detectar precozmente los problemas de salud relacionados con ellos y tratarlos adecuadamente.

Para todo ello es imprescindible la sensibilización y el fomento de una conciencia de seguridad, no sólo en la administración, también en el personal, la formación adecuada en todos los factores que intervienen en las condiciones de trabajo y el control y vigilancia de las situaciones de riesgo y de las medidas a tomar.

Además, como muchos de los riesgos tienen que ver con aspectos de la organización profundamente anclados y que se han quedado caducos, incluso para responder a las demandas de la cambiante sociedad a la que tiene que dar servicio, es necesario reformar profundamente el sistema y la estructura de relaciones de poder, de modo que facilite la integración y el desarrollo de las capacidades de todas las personas que lo componen, lo que permitirá, seguramente, mejorar también el servicio que se presta.

Referencias Bibliográficas.

- Campins Marti M. Enfermería. ¿Profesión de riesgo?. Med Clin (Barc) 1999; 113: 699-700
- Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras. Declaraciones del CIE, 2000. <http://www.icn.ch/pshelthafety00sp/>
- Consejo Internacional de Enfermeras. Consecuencias del VIH/SIDA en el personal de enfermería/partería. Declaraciones del CIE, 2000. <http://www.icn.ch/psVIH00sp/>
- Consejo Internacional de Enfermeras. EL CIE y la prevención de las lesiones por agujas. La enfermería importa, 2000. http://www.icn.ch/matters_needlesp/
- Consejo Internacional de Enfermeras. El CIE y la perspectiva de género en los servicios de salud. La enfermería importa, 2002. http://www.icn.ch/matters_gendersp/
- G. Benavides F, Ruíz Frutos C, García García Ana M. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 1997.
- Gestal Otero JJ. Riesgos del trabajo del personal sanitario (2ª. Ed.). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1993.
- Grupo español de registro de accidentes biológicos en trabajadores de atención de la salud. Madrid. 1996. <http://www.mpsp.org/mpsp/>
- Hernández A, Guardino X et al. Condiciones de trabajo en centros sanitarios. Madrid: INSHT, 2000.
- Lainez RM, Cònsul M, Olona M, Martínez-Ballarín JI, Miravittles M, Vidal Infección tuberculosa en estudiantes de enfermería. Prevalencia y virajes durante tres años de seguimiento. Med Clin (Barc) 1999; 113: 685-689.
- De March Ayuela P Infección tuberculosa en personal sanitario. Med Clin (Barc) 1992; 99: 359.
- Más Pons R, Escribá Agüir V (IVESP). Ambiente Psicosocial en el trabajo y trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería hospitalario. Gac. San. 1999; 90:919
- Plitt Gómez C, Ruiz Bremón A, López Matheu C, Órdoñez de Santiago C, Sanz Ortiz C. Enfermería y prevención de riesgos biológicos. Desde la formación hasta el ejercicio de su profesión. Rol 1999; 22(9): 571-578

LEGISLACIÓN.

- Directivas europeas: protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo: 90/679/CEE; 93/88/CEE; 95/30/CEE.
- Directiva 86/609/CEE. Líneas directrices relativas al alojamiento y a los cuidados de los animales. Diario de las Comunidades Europeas, 1986; L3581-28.
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº269, 10/11/1995.
- Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE nº102, 29/4/1986.
- R.D. 1995/1978 de 12 de mayo por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de Seguridad Social. BOE nº203, 25/8/78.
- R.D. sobre modificación de Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE nº287, 1/12/81.
- R.D. 1316/1989 de Protección frente al ruido. BOE 2/11/1989.
- R.D. 2065/1994, de 20 de junio de Texto refundido de la Ley General de la S.S. BOE 29/6/94.
- R.D 39/1997 de Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE 31/1/1997.
- R.D. 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a Agentes Biológicos. BOE 24/5/1997.
- R.D. 665/1997, de Agentes cancerígenos. BOE 24/5/1997.

LA DIMENSIÓN DE GÉNERO
EN SALUD LABORAL.
PRIMERAS CONCLUSIONES
DE UNA ENCUESTA
EUROPEA

Laurent Vogel
Bureau Técnico Sindical de la Confederación
Europea de Sindicatos (BTS-CES)

La dimensión de género en salud laboral
Primeras conclusiones de una encuesta europea
Laurent Vogel

La Encuesta del BTS

En el marco de la presidencia belga de la Unión Europea, el BTS abordó con dos centros investigadores de la Universidad Libre de Bruselas una encuesta sobre la dimensión de género en salud laboral. La encuesta se hizo fundamentalmente en base a un cuestionario y fue completada por una investigación de fuentes documentales y un seminario en Bruselas en el que el 16 de noviembre de 2001 participaron cerca de cien personas.

150 personas o instituciones han respondido al cuestionario. Las respuestas llegaron de todos los países europeos a excepción de Irlanda. España e Italia son los dos países que más han participado con 31 respuestas cada uno, seguidos de Francia y Alemania (15 respuestas). Las respuestas procedían principalmente de organizaciones sindicales (31%), entidades investigadoras (21%), instituciones encargadas de promover las políticas preventivas (13%) y de los servicios de prevención (9%). Las instituciones encargadas de las políticas de igualdad participaron en la encuesta de forma residual (4 respuestas), lo que probablemente refleja una fuerte infravaloración de las cuestiones de salud laboral en las políticas de igualdad de oportunidades.

Laurent Vogel (lvogel@etuc.org) es el responsable de la coordinación de esta encuesta en el BTS. Se puede encontrar más información sobre la encuesta en nuestra página web: <http://www.etuc.org/tutb/fr/feimmes.html>

La encuesta europea sobre la dimensión de género en salud laboral permitió descubrir numerosas iniciativas en diferentes países de la Unión Europea. Nos han llegado 240 experiencias que abarcaban una amplia variedad de problemas de salud. Esas experiencias eran investigaciones (70% de los casos), intervenciones preventivas, movilizaciones reivindicativas, etc. Desde trastornos músculo-esqueléticos a cuestiones vinculadas con la organización del trabajo, desde los sectores tradicionalmente masculinos como la construcción a profesiones fuertemente feminizadas como las enfermeras o las limpiadoras, las informaciones recopiladas demuestran que la dimensión de género empieza a ser reconocida como un elemento pertinente de la salud laboral. Parece que algunos sectores están mucho más avanzados que otros en esa materia. El 36% de las experiencias mencionadas concernían un sector específico. En uno de cada cuatro casos, o más, se trataba del sector sanitario y de los servicios sociales (principalmente enfermeras y servicios hospitalarios), uno de cada diez concernía la distribución y el comercio (principalmente cajeras de grandes almacenes). Hay relativamente pocas experiencias procedentes de la industria (menos del 25% de los sectores identificados) y entre éstas, destacan los sectores del textil, calzado y ropa.

La diversidad y la riqueza de las experiencias descritas no debería, sin embargo ocultarnos el hecho que en la mayoría de los casos, las políticas de salud laboral y la práctica preventiva siguen estando construidas en base a un modelo de neutralidad en cuanto al género de "los trabajadores", siendo su referente implícito el del trabajador masculino. Sería por lo tanto útil analizar los obstáculos que dificultan que se tome en cuenta la dimensión de género en la salud laboral. Esos obstáculos interaccionan con las cuatro principales áreas objeto de la encuesta: la producción de conocimientos, la aplicación de políticas, las prácticas profesionales de prevención, las prácticas de

resistencia de los colectivos de trabajo. En gran medida, dichas interacciones actúan como círculos viciosos: no se investiga sobre lo que no se quiere transformar, no se cambia de política cuando los indicadores no resultan inquietantes, los profesionales están preparados para afrontar riesgos tradicionales y consideran que la dimensión de género no constituye una categoría a tomar en cuenta, etc... En lo que se refiere a las prácticas de resistencia de los trabajadores y las trabajadoras, éstas son muy reales y se manifiestan entre otros a través de una conflictividad social cuyos primeros ejemplos podemos encontrar hace más de un siglo. Pero la radicalidad de las cuestiones que plantean dificulta su transmisión entre generaciones y su generalización en forma de estrategia de conjunto.

1. La producción de conocimientos

La salud laboral nunca ha sido objeto de una disciplina científica autónoma y su lugar entre las ciencias de la salud es bastante marginal. Se puede observar una fuerte subordinación de la investigación en materia de salud laboral a la demanda inmediata generada por las políticas desarrolladas en esa área. A menudo, las instituciones nacionales que privilegian una concepción técnico-médica de la prevención, gestionadas de manera paritaria o tripartita constituyen los grandes polos de la investigación en materia de salud laboral. Cuando esas instituciones dependen de los sistemas de indemnización tienden a definir sus prioridades basándose en los costes visibles que los daños a la salud suponen para esos sistemas. Generalmente, las instituciones encargadas de la salud laboral son poco sensibles a la dimensión de género.

Los países nórdicos constituyen, desde hace unos diez años, la única excepción. En los demás países, la aportación investigadora es realizada por instituciones "más marginales" en relación con las estructuras de investigación en salud laboral o a partir de iniciativas colectivas de entidades o personas implicadas en las políticas preventivas que no siempre disponen de un apoyo institucional importante: iniciativas sindicales, redes de médicos del trabajo, prevencionistas, etc...

La investigación también está marcada por la compartimentación de las políticas. Así, existen numerosas investigaciones sobre la segregación profesional; sin embargo son escasas las que abordan las cuestiones de salud laboral relacionadas con esta segregación. En numerosos países existen encuestas detalladas sobre el "presupuesto del tiempo" que describen la asignación del tiempo a las diferentes actividades desde la perspectiva de género. La mayoría de esas investigaciones no relacionan ese "presupuesto del tiempo" con las condiciones laborales para analizar como pueden ser excluyentes o dañinas para la salud dificultando al máximo cualquier tipo de estrategia de conciliación.

Las conclusiones prácticas de las investigaciones en materia de salud laboral que abordan la dimensión de género parecen ser relativamente débiles, en parte porque plantean cuestiones que se salen de los límites tradicionales de las políticas de prevención. Esta situación no es sin embargo inmutable tal y como lo demuestra la experiencia del CINBIOSE de Québec¹, pero sigue desempeñando un papel inhibitorio en Europa.

¹ Messing K. (1999) Comprendre le travail de femmes pour le transformer, BTS. (ojo incorporar reseña del libro editado en castellano)

Las múltiples dimensiones de género

El análisis de las respuestas dadas a nuestro cuestionario demuestra una gran diversidad en la interpretación de la noción misma de la dimensión de género para la investigación en salud laboral.

Para algunos/as basta con que la investigación abarque una población que incluya una proporción importante de mujeres para considerar abordada la dimensión de género. En esos casos todas las investigaciones sobre enfermeras o trabajadoras de la industria textil son consideradas como concernientes la dimensión de género. Para otros/as, hace falta que en el análisis del problema tratado por lo menos se haya considerado y comparado dos grupos, el de los varones y el de las mujeres. Así numerosas respuestas hablan de investigaciones sobre salud reproductiva, acoso sexual o moral o sobre la conciliación entre la vida profesional y los otros aspectos de la vida.

Otras investigaciones van mucho más lejos y prestan mayor atención a los vínculos existentes entre la organización del trabajo y determinantes sociales más globales. Examinan entre otros cómo el trabajo remunerado se articula en torno (y en el caso de las mujeres a menudo es modelado por) el trabajo no remunerado. También tratan de la construcción social de lo masculino (o de la virilidad) y de lo femenino tanto en el trabajo como fuera de él. En ese sentido, una investigación puede perfectamente incluir la dimensión de género en un estudio de una población exclusivamente masculina².

No se trata de proponer una definición normativa de la dimensión de género que permita en cierta medida clasificar la investigación. Diferentes concepciones de la dimensión de género aparecen en función de las múltiples disciplinas y opciones políticas y metodológicas. Se trata de asegurar un debate entre los diferentes enfoques. Ninguna de las disciplinas científicas que intervienen habitualmente en el campo de la investigación en salud laboral (medicina, ergonomía, psicología, toxicología, etc..) garantiza por si sola que la dimensión de género ser plenamente reconocida. Dos condiciones parecen ser importantes a la hora de superar este obstáculo.

Miradas cruzadas

La unidad de sujeto, la salud del ser humano en sus relaciones con el trabajo son objeto de un parcelación entre las diferentes disciplinas que los captan a través de una rejilla de análisis específica y también, entre las diferentes problemáticas abordadas (tiempo de trabajo, salud mental en el trabajo, patologías laborales, articulación entre trabajo remunerado y no remunerado, etc...) Abordar la dimensión de género implica, al mismo tiempo la interdisciplinariedad y el cruce de problemáticas tratadas. Es desde esa perspectiva que Eleonora Menicucci³ habla de la necesidad de una "mirada transversal" que vaya más allá del análisis de los riesgos laborales y trate de la interacción del tiempo doméstico y social.

² Ver Molinier P. (1997), "Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité", in Appay et Thébaud-Mony, (dir.) (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, CNRS-IRESCO. pp. 285-292 et Kjellberg, Men are also gendered in Kilborn A, Messing K, Bildt Thorbjörnsson (ed.) (1998), *Women's Health at Work*, Stockholm : NIWL, pp. 279-307

³ Menicucci E., Scavone L. (coord.) (1997), *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiânia: A.B. Editora

¿Quién plantea las cuestiones ?

Cuando se revisa la investigación en salud laboral, es importante saber quién plantea las cuestiones a tratar. Karen Messing⁴ subraya hasta que punto la ciencia puede llegar a ser tuerta. Esta autora habla de la falta de interés por parte de los investigadores por la cuestión de la influencia de las condiciones laborales sobre las menstruaciones. Por el contrario, varias encuestas realizadas entre delegadas sindicales de sectores fuertemente feminizados demuestran que es un asunto planteado por las trabajadoras asiduamente. La consideración de la subjetividad, es decir las experiencias individuales y colectivas de las trabajadoras y trabajadores en la definición de las cuestiones, sigue siendo bastante marginal en la organización de la investigación en salud laboral. Hay un problema real de definición de la demanda social, en parte vinculado al funcionamiento de los "grandes demandantes institucionales" cuyo patrocinio pretende condicionar la actividad. En el excelente libro de Laura Corradi⁵ sobre el trabajo nocturno en las fábricas del grupo Barilla en Italia, se aborda de manera convincente la reflexión sobre el vínculo entre la pertinencia de las cuestiones planteadas y la experiencia directa de los colectivos laborales.

2. El estado de las políticas

La característica más generalizada de las políticas aplicadas es la compartimentación de las áreas de salud laboral, igualdad y salud pública. Se constata una muy débil apertura de cada de esas políticas a la problemática de las demás. Ello conduce, en nuestra opinión, a una pérdida de eficacia de cada una de ellas en su propio campo.

Las políticas de salud laboral

Generalmente, las políticas de salud laboral han ignorado la interacción entre el trabajo remunerado y el no remunerado y se han desarrollado sobre todo como políticas correctivas en las que la dimensión de género aparecía, en el mejor de los casos, como un elemento complementario orientado a abordar algunos problemas particulares de las mujeres (catalogadas como "grupo de riesgo", al igual que los jóvenes o los discapacitados).

Esta política, primero ha sido marcada por un enfoque proteccionista-excluyente con algunos elementos que siguen presentes. Se remonta al siglo XIX y constituye el enfoque predominante por lo menos hasta los años cincuenta del siglo XX y entre sus elementos podemos citar múltiples prohibiciones y la edición de reglas diferentes en función del sexo en diferentes aspectos (entre otros el levantamiento de pesos, la exposición al plomo, etc...). Más allá de las normas legislativas, la práctica tiende a legitimar la segregación sexual del trabajo. Hay diversas medidas de prohibición: prohibición del trabajo nocturno para las mujeres en la industria, la exclusión de las mujeres de las minas y de trabajos subterráneos, etc... Si se examina su motivación, detectamos razones muy variadas, desde la defensa de la salud hasta la defensa de la moralidad pasando por una reafirmación implícita de algunas prerrogativas de la virilidad. Así, en España la legislación franquista

⁴ Messing K. (1998), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*, Montréal-Toulouse: Ed. du remue-ménage-Octares. Título de la versión inglesa : Messing K. (1998), *One-eyed science : occupational health and women workers*, Philadelphia, Temple University Press.

⁵ Corradi L. (1991), *Il tempo rovesciato. Quotidianità femminile e lavoro notturno alla Barilla* Milan : FrancoAngeli

prohibía a las mujeres menores de 21 años conducir tractores y cualquier otro vehículo de tracción animal. Así mismo las mujeres tenían prohibido forjar metales.

El enfoque proteccionista se completa por un reconocimiento de la especificidad de las mujeres sólo en la medida en que ésta se basaba en fundamentos biológicos. Eso explica la reaparición de la palabra "trabajadora" en un contexto particular: el de la maternidad. Lo "biológico" aparece aquí también como una técnica para naturalizar lo que es una función social. Para explicarlo más claramente, se trata de un enfoque que es demasiado específico y a la vez muy poco específico.

Es demasiado específico en la medida en que la mayoría de los factores que amenazan la salud reproductiva no sólo afectan la salud de las mujeres embarazadas. Generalmente afectan a diferentes niveles la salud de los varones y de las mujeres. En numerosos casos, las normas específicas para proteger la maternidad sirvieron para evitar el debate de fondo sobre la eliminación en origen de agentes nocivos para la salud. Permitieron una aparente prevención, apartando a las mujeres embarazadas de las situaciones particularmente peligrosas sin resolver el problema en su origen mediante medidas de prevención colectiva.

Muy poco específico ... en la medida en que este repentino interés por la biología femenina se limita únicamente a la maternidad. Casi nunca se abordan otras cuestiones vinculadas a la especificidad biológica. La literatura sobre las relaciones entre las condiciones laborales y las alteraciones del ciclo menstrual es casi inexistente. El estudio de las especificidades relacionado con la exposición a sustancias peligrosas, ya sea a causa de su relación con la actividad hormonal, ya sea a causa de la diferente composición de algunos tejidos, también está muy poco desarrollado. Sólo recientemente se han empezado a hacer estudios sobre las posibles correlaciones entre el cáncer de mama y el trabajo nocturno⁶.

El enfoque proteccionista progresivamente ha ido cediendo terreno a un enfoque "neutro del punto de vista del género" que consiste en aprehender las cuestiones de salud laboral desde el punto de vista de un trabajador abstracto cuyo referente implícito es la normalidad de del trabajo masculino ("normalidad" prefabricada y que obviamente no se corresponde con la extrema diversidad de trabajadores masculinos en la realidad). Hoy en día está es la característica predominante de las políticas de salud laboral en la Unión Europea y en sus Estados miembros a pesar de la retórica sobre el *mainstreaming*.

La falacia de la neutralidad de género aparece cuando nos preguntamos sobre el único sector sistemáticamente excluido de la reglamentación sobre salud laboral en la Unión Europea. Hablamos aquí de los trabajadores domésticos quienes son, y no debemos ignorarlo, ante todo trabajadoras domésticas. El trabajo doméstico remunerado es considerado por los legisladores como una simple extensión del trabajo no remunerado que "de manera natural" incumbe a las mujeres. Esta percepción de la división del trabajo permite negar los riesgos de ese trabajo, tanto los que son inherentes a cualquier tipo de trabajo doméstico (remunerado o no) como los riesgos específicos que el estatus de asalariado introduce o incrementa. Y sin embargo, los pocos datos disponibles sobre el trabajo doméstico asalariado indican que se trata de un sector con riesgos importantes. Así, los datos belgas sobre accidentes laborales demuestran un índice de gravedad global mayor a la media del sector privado (12.10 por mil contra 2.18 en 1998). Diferentes encuestas

⁶ Hansen, J. (2001). Light at Night, Shiftwork, and Breast Cancer Risk. *J Natl Cancer Inst* vol. 93, pp. 1513-1515.

indican igualmente que se trata de un sector en el que las relaciones de dominación pueden estar marcadas por una gran violencia, entre otros en el caso de las trabajadoras de países no comunitarios y sin posibilidad de encontrar legalmente otro empleo.

Las políticas de salud pública

A pesar de las políticas de salud pública en lo últimos años hayan abordado la dimensión de género de manera creciente, los asuntos privilegiados han sido las diferencias biológicas y los comportamientos individuales o estilos de vida (o una mezcla de esos dos componentes si nos referimos a las políticas concernientes el cáncer de mama). El trabajo, tanto remunerado como no remunerado, prácticamente no aparece en la mayoría de los estudios sobre la dimensión de género de la salud⁷. Los factores descritos tienen en común los siguientes elementos: ignoran las relaciones sociales de sexo, reconociendo (y esa es su aportación más positiva) que los enfoques tradicionales de la salud están poco atentos a los "problemas específicos" de las mujeres. Se han iniciado algunos estudios acerca de la correlación entre la salud y el trabajo no remunerado, pero se trata de sobre todo de detectar los problemas de las mujeres que no tienen acceso al trabajo remunerado más que profundizar en el vínculo entre la "doble jornada de trabajo" y la salud.

Existe un obstáculo metodológico que concierne tanto a varones como a mujeres, pero su impacto es mayor sobre estas últimas. La salud pública tiende a integrar las condiciones laborales sólo si existe un vínculo inmediato y directo entre un factor determinado y una patología. Es muy reticente a integrar el conjunto de las condiciones laborales en un análisis de determinantes sociales de la salud⁸. Este desconocimiento está directamente relacionado con un obstáculo político. La incursión de la salud pública en la esfera del trabajo asalariado tropieza siempre con una fuerte resistencia de la patronal. El lugar de trabajo se concibe como un espacio privado y la gestión de las empresas es reivindicada como una prerrogativa de los empresarios. Incluso en los casos en los que la relación entre una exposición profesional y la enfermedad es evidente, la patronal siempre ha reivindicado el control sobre la evaluación de riesgos (para poder minimizarlos) y ante todo, un monopolio de la toma de decisiones en lo que concierne la gestión de riesgos. Basta con acordarse de las catástrofes sanitarias de la silicosis y las enfermedades causadas por el amianto. Una política de salud pública relacionada con el trabajo haría estallar el frágil compromiso existente alrededor de la noción de "riesgos profesionales". Demostraría que los daños a la salud no surgen únicamente a raíz de acontecimientos accidentales o anormales, sino que también son el efecto normal del trabajo asalariado, del desgaste y de los múltiples daños a la salud que éste produce a diario.

⁷ Entre las escasas excepciones cabe destacar en caso de Alemania: Ducki A (2001), Arbeit und Gesundheit, in : *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Ein Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart : Kolhammer, pp. 366-446. Y en el caso sueco podemos citar el libro de P. Ostlin *et alii*, *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Harvard School of Public Health, 2001.

⁸ Particularmente impactante es el ejemplo de la tuberculosis. La epidemiología y las políticas antituberculosas eluden casi por completo la cuestión decisiva del desgaste por el trabajo (Cottureau A, La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?, *Sociologie du Travail*, 1978, n° 2, pp. 192-224.). La manera en que las políticas de salud pública abordan el cáncer también revela una estrategia de eludir las condiciones laborales.

Las políticas de igualdad de oportunidades

La política de igualdad de oportunidades no pretende la división social del trabajo ni cuestionar la dominación masculina. Se trata ante todo de asegurar las mismas oportunidades para todos los individuos, independientemente de su sexo, en el mercado de trabajo y asegurar a estos individuos que a igual trabajo corresponde igual salario y la igualdad de las demás condiciones laborales. Desde esa perspectiva, los factores de desigualdad a menudo se consideran secuelas del pasado. Podemos observar la misma, cada vez más marcada tendencia a rechazar "situar" las desigualdades en un contexto de relaciones sociales de sexo.: las acciones positivas se limitan a promover el "sexo infrarrepresentado", mientras que los recursos ante la justicia basados en disposiciones comunitarias han podido en algunos casos paralizar las medidas nacionales tendentes a promocionar el acceso de las mujeres a funciones donde éstas constituyen una minoría, dado que esas medidas podrían representar una "discriminación en razón de sexo"⁹.

No hay nada que obligue al empresario a hacer evolucionar su organización del trabajo y darle un carácter mixto de tareas y funciones. Eso explica claramente porque las políticas de salud laboral no se articulan con las que atañen la igualdad. El que la definición de las cargas de trabajo desemboque siempre en la desvalorización sistemática del trabajo femenino, que los contenidos de las tareas estén fuertemente sexuados, limitado enormemente el empleo de varones o de mujeres en actividades determinadas en base a la asignación de roles estereotipados, que en las relaciones contractuales se puedan observar significativas separaciones (tiempo parcial, contratos temporales, etc...) son todos elementos que conciernen tanto la salud laboral como la igualdad. En numerosos países, se desarrollan acciones positivas para transformar las profesiones en mixtas. La mayoría de los casos que nos han sido presentados no aborda la transformación de las condiciones laborales colectivas y se limita generalmente a la formación profesional ligada a veces a medidas de acompañamiento psicológico.

El ejemplo de acoso sexual también es revelador. El enfoque comunitario (seguido de amplias medidas nacionales) privilegia un enfoque individual que aborda la cuestión en términos de relación entre el acosador y la persona acosada. Pero esta visión se queda estrecha si no tomamos en cuenta que el acoso sexual puede también estar ligado a la organización del trabajo y convertirse en instrumento de la preservación de la dominación masculina. Resulta significativo poder constatar la importancia de este fenómeno en profesiones tradicionalmente cerradas a las mujeres. Ello nos lleva a pensar que además de la finalidad sexual individual, podría haber una finalidad colectiva que es más política y simbólica que sexual: está destinada a preservar las relaciones jerárquicas en las que la dimensión de género juega un papel importante. A pesar de las evidencias que demuestran que el acoso sexual constituye un peligro para la salud, nunca se le ha considerado como un tema de salud laboral y contar con instrumentos en ese área.

3. La actualidad de un debate que aclara las lógicas de soslayamiento

El análisis de la dimensión de género en salud laboral no responde a un esfuerzo de perfeccionamiento teórico, sino que tiene profundas implicaciones para la definición de políticas y en las estrategias de prevención.

⁹ Ver sentencia Kalanke, Tribunal Europeo de Justicia del 17 de octubre de 1995, Rec., I, p. 3069

La evolución del trabajo establece nuevas fronteras de desigualdad más que una desagregación del trabajo (tanto del remunerado como el no remunerado). Las modalidades de la división del trabajo varían, pero persiste el impacto sobre la salud de los varones y de las mujeres.

Si el problema se limitara a una distribución diferente de riesgos según las profesiones y los sectores, no plantearía dificultades sustanciales para las políticas de prevención. Pero el análisis del impacto de las condiciones laborales sobre la salud demuestra que no se trata de un simple reparto aleatorio entre hombres y mujeres. En otras palabras, la propia construcción de la división sexual del trabajo incorpora como uno de sus determinantes la banalización de los riesgos vinculados a los estereotipos masculinos y femeninos.

En la tipología establecida por Philippe Davieziez¹⁰ los daños a la salud pueden analizarse en tres grupos.

- ⇒ Los daños directos a la integridad física que generalmente se deben a agentes materiales (máquinas, sustancias) o factores físicos;
- ⇒ Los fenómenos de sobreesfuerzos debidos al uso inapropiado o excesivo por parte de varones y mujeres. En este caso se trata de la propia actividad laboral y su intensidad o repetitividad.
- ⇒ Atentados contra la dignidad. En este caso podemos hablar de un multiplicación de las formas de violencia psicológica (humillaciones, novatadas, acoso moral).

Obviamente estos tres grupos no constituyen categorías impermeables. Existe una interacción entre los diferentes tipos de daños a la salud. Por diversas razones relacionadas con la división sexual del trabajo, las mujeres, hoy en día, se encuentran más amenazadas por los daños del segundo y tercer grupo¹¹. Concretamente, podemos constatar la acrecentada taylorización de algunas actividades femeninas en la industria y la introducción de algunas formas de taylorismo en actividades de servicios fuertemente feminizadas (trabajo hospitalario, distribución, call centres, etc...).

Podemos también citar las encuestas de la DARES en Francia que evidencian que para las obreras se siguen manteniendo "los inconvenientes del traylorismo sin sus ventajas"¹². El siguiente cuadro es significativo:

% de personas que declaran que :	Obreras	Obreros
Trabajan en cadena	24 %	7 %
Su trabajo es repetitivo con ciclos inferiores a un minuto	27 %	10 %
Los superiores les dicen cómo tienen que hacer su trabajo .	29 %	21 %
El ritmo de trabajo es controlado por lo menos diariamente por los superiores	43 %	37 %

¹⁰ Daveziez P. (1999), Evolucion de las organizaciones del trabajo y daños a la salud, Contribución al seminario « Nouvelles organisations du travail, in : *Travailler*, n°3.

¹¹ Ello parece, entre otros, en los trabajos realizados por Annie Thébaud-Mony et Véronique Daubas-Letourneux ebasados en los datos de la encuesta de la Fundación de Dublín relativos a las condiciones laborales en Europa. Les agradezco que me hayan facilitado esos datos antes de su publicación.

¹² ¹² Es una frase de de Gollac et Volkoff, *Les conditions de travail*, Paris, Éditions La Découverte. 2000, p. 64.

El ritmo de trabajo está determinado por normas o plazos a respetar de una hora o menos	41 %	34 %
La empresa determina sus horarios sin que puedan modificarlos	84 %	87 %
No pueden elegir los momentos de descanso	22 %	13 %
No pueden hablar durante el trabajo	10 %	2 %
Nunca tiene la oportunidad de abordar de manera colectiva los problemas de organización o de funcionamiento del servicio.	54 %	38 %
Viven en tensión en sus relaciones con los superiores	25 %	31 %

Fuente : encuesta DARES 1998 in Gollac et Volkoff, 2000, p. 65

Las prácticas preventivas generalmente han privilegiado el primer grupo de daños a la salud. Esos daños pueden en cierta medida desvincularse del funcionamiento normal del trabajo y ser presentados como "accidentes" o "disfunciones". En algunos casos, los daños a la salud constituyen un problema para la producción y se puede considerar que había un interés común de aplicar medidas preventivas.

La mayoría de las encuestas sobre condiciones de trabajo indican que las mujeres suelen estar más expuestas a sobreesfuerzos y a los atentados contra la dignidad¹³. Esos daños suelen considerarse como mínimo como disfunciones de la organización productiva. Están, sin embargo, directamente vinculadas con la intensidad del trabajo (y con su rentabilidad desde el punto de vista del capital) y con su organización jerárquica.

Por otra parte la dimensión de género implica también que se tome en cuenta la relación entre el trabajo remunerado y el no remunerado. Finalmente la estrecha vinculación entre las relaciones laborales y los roles estereotipados desemboca en un análisis crítico de la construcción de lo masculino (o de la virilidad) y de lo femenino.

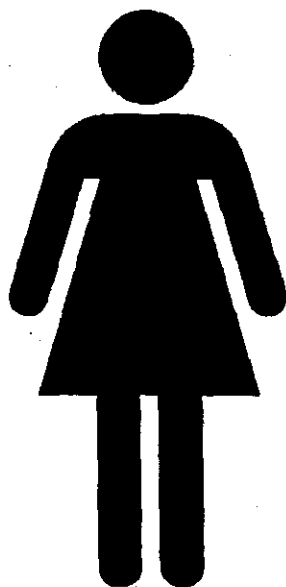
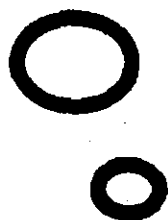
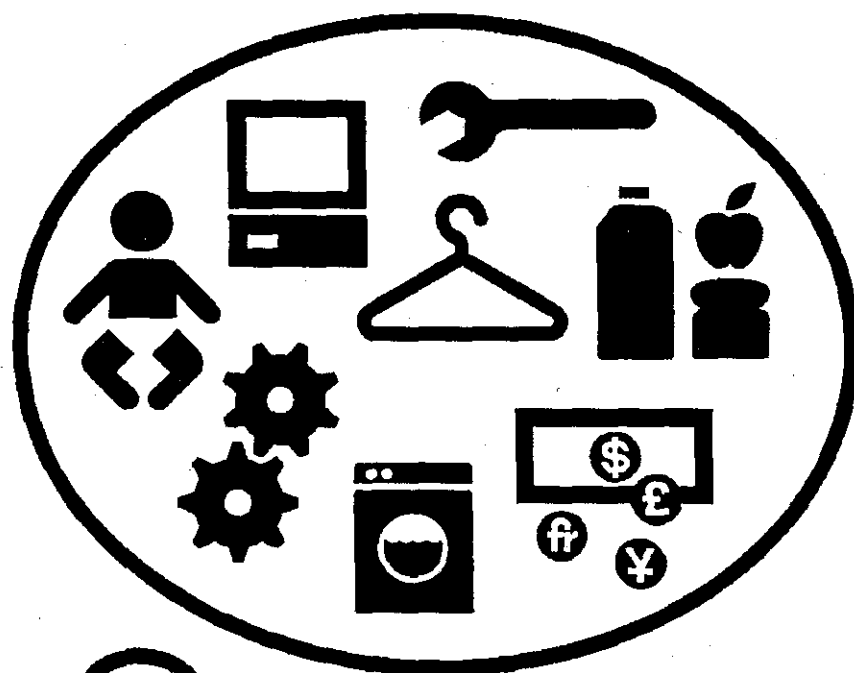
A partir de allí, las prácticas preventivas deberían empezar a cuestionar los determinantes centrales de la organización del trabajo y de la reproducción social. Pero por esa misma razón dejarán de ser simplemente prácticas preventivas. Perderán su estatus de neutralidad técnica que las caracteriza frecuentemente. Podrán integrarse en las prácticas de transformación políticas y sociales que se desarrollan en un campo mucho más amplio que la mera eliminación de los riesgos laborales. Eso podría explicar los potentes mecanismos de ocultación cuya existencia pudimos comprobar.

¹³ Esos datos deben analizarse con prudencia. Las modalidades de exposición de las mujeres a los riesgos físicos y químicos provocan a menudo que estos se subestimen. Un estudio alemán sobre la exposición a los riesgos químicos demuestra que las modalidades de exposición y de control de las exposiciones concluye que existe se subestiman considerablemente los peligros que conciernen a las trabajadoras. G. Kliemt, *Arbeitsplätze mit Gefahrstoffbelastung und hohem Frauenanteil*, BAuA, 1995.

Karen Messing (dir.)

El trabajo de las mujeres

COMPRENDER PARA TRANSFORMAR



Uno de los escollos mayores con el que topan una y otra vez las propuestas feministas para transformar la sociedad es la invisibilidad de los trabajos de las mujeres. En particular, también resulta invisible, en demasiadas ocasiones, el trabajo asalariado de las mujeres: las discriminaciones que resultan de la división sexual del trabajo, las peculiaridades de los empleos "feminizados", la carga de la "doble jornada", los problemas específicos de salud laboral, las dificultades para conciliar el tiempo de trabajo remunerado con los demás tiempos...

Éste es el campo de problemas explorado por el presente libro. Se trata de una obra equilibrada, tanto por la amplitud social y geográfica de las experiencias reflejadas –Canadá, América Latina, Europa– como por la diversa profundidad de las calas investigadoras que aquí se presentan.

Se ofrecen elementos prácticos para intervenir mejorando las condiciones de trabajo y salud de las mujeres; y todo ello con una metodología participativa que enriquece notablemente las experiencias. Este esfuerzo ha resultado de una fructífera colaboración entre cinco institutos de investigación y formación vinculados al mundo sindical: CINBIOSE de Canadá, BTS de la Unión Europea, ISTAS de España, CEM de Chile y CEST de Venezuela.

El trabajo de las mujeres quiere contribuir a hacer más visible en la acción preventiva la presencia de las mujeres y los riesgos específicos que padecen; resultará de interés tanto para activistas del mundo laboral como para mujeres con una visión feminista de la realidad, y más en general para todas aquellas y aquellos interesados en transformar una sociedad sexista e injusta.

Para solicitar ejemplares

ISTAS, Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud
C/ General Cabrera 21
28020 Madrid
e-mail: istas@istas.ccoo.es
<http://www.istas.ccoo.es>

SOBRE LAS ORGANIZACIONES QUE HAN COLABORADO EN LA REDACCIÓN Y EDICIÓN DE ESTE LIBRO

CINBIOSE (siglas en francés del Centro para el Estudio de las Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente) es un centro de investigación especializado de la Universidad de Québec (Montreal, Canadá), reconocido como centro colaborador de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Desde hace años, elabora estudios para visibilizar y lograr el reconocimiento de los aspectos del trabajo de las mujeres que suponen riesgos para su salud física o mental. En esta investigación se busca la participación activa de las trabajadoras y trabajadores, así como la colaboración con las tres principales centrales sindicales de Québec.

EL BTS (siglas en francés de Oficina Técnica Sindical europea para la salud y la seguridad) se creó por iniciativa de la CES (Confederación Europea de Sindicatos) para promover un alto nivel de salud y seguridad laboral en Europa. Apoya, con sus capacidades técnicas, a los miembros sindicales del Comité consultivo para la protección de la salud laboral, con sede en Luxemburgo, y de la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad, situada en Bilbao. Dinamiza redes de expertos sobre normalización técnica y sustancias peligrosas. Elabora estudios en ámbitos como: evaluación de riesgos, organización de la prevención, ergonomía, la dimensión de género en salud laboral, la seguridad de la maquinaria, los problemas músculo-esqueléticos... Su página web se puede encontrar en <http://www.etuc.org/tutb>

ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud) es una fundación autónoma de carácter técnico-sindical promovida a partir de 1996 por la Confederación Sindical de CC.OO. con el objetivo de impulsar actividades de progreso social para la mejora de las condiciones de trabajo, la protección del medio ambiente y la promoción de la salud de los trabajadores y trabajadoras en el ámbito del Estado español. La razón de ser de ISTAS es prestar apoyo a la acción sindical en materia de salud laboral y de protección del medio ambiente. Como fundación sindical, ISTAS somete su orientación, planificación y gestión de control de un Patronato fundado mayoritariamente por miembros de CC.OO. designados por su Comisión Ejecutiva Confederal. ISTAS tiene sedes en Valencia, Madrid y Barcelona; desarrolla su actividad en los terrenos de la información, formación, asesoramiento, investigación y comunicación; y tiene vocación de servir al conjunto de trabajadores y trabajadoras, así como de mantener relaciones de colaboración con organismos similares del ámbito sindical europeo e internacional.

El Centro de Estudios de la Mujer (CEM) es una institución sin fines de lucro, dedicada a investigar la condición de la mujer en Chile. Nació en 1984, con un equipo de economistas, sociólogas, historiadoras, psicólogas.

Sus principales objetivos son: generar conocimientos acerca de la construcción social del género, la condición de la mujer y la dinámica de la producción y reproducción de la discriminación en la sociedad; contribuir a la incorporación de la dimensión de género en la formulación de políticas públicas y analizar el impacto de la acción del estado sobre la sociedad y en particular las mujeres; trabajar en educación y capacitación sobre la discriminación de género; y apoyar a organizaciones de mujeres para facilitar su integración equitativa al proceso de democratización, modernización y desarrollo.

El Centro de Estudios en Salud de los trabajadores (CEST) de la Universidad de Carabobo es uno de los centros de investigación mas importantes en Venezuela. El CEST se dedica al estudio de los problemas de salud de los trabajadores desde una perspectiva crítica. Cuenta con un equipo de investigadores de epidemiología, medicina, higiene ocupacional, ergonomía, seguridad industrial, sociología del trabajo, educación y biología. La temática "Mujer, Salud y Trabajo" es una de sus líneas de investigación. El CEST trabaja en colaboración con organismos comunitarios como la Escuela de Formación Obrera (EFO), el Centro de Formación Laboral y Sindical del Edo. Lara (CEFORLASIN) y el Centro de Atención al Trabajador Discapacitado por Accidentes y Enfermedades Ocupacionales (CATDIS). Este último, es un centro de referencia obligada de los trabajadores que han sido víctimas de accidentes y/o enfermedades ocupacionales.

El capítulo "La salud de las mujeres trabajadoras en América Latina" fue realizado en el marco del proyecto de colaboración entre el CINBIOSE de la Universidad de Québec en Montréal (Canadá) y el CEST de la Universidad de Carabobo en Venezuela. Agradecemos el aporte financiero de la Agencia canadiense de desarrollo internacional (ACDI), vía el fondo administrado por la Asociación de Universidades y Colegios Canadienses.