

# Brecha de género en seguridad y salud en el trabajo

(2012-2017)

Óscar Bayona Plaza

**LA SINIESTRALIDAD** laboral en España, que vivió una etapa de algo más de una década de reducción acusada y generalizada, tocó fondo en 2012, coincidiendo con la aprobación de la reforma laboral del Gobierno del Partido Popular y con importantes recortes en la financiación de las políticas públicas activas en salud laboral. La extensión cada vez mayor de un sistema de relaciones laborales basado en la precariedad y el deterioro del sistema preventivo de nuestro país está teniendo como consecuencia un periodo de aumento de la siniestralidad que ya se prolonga durante cinco años.

Aunque algunas voces interpretan este incremento de la siniestralidad como producto del crecimiento de la actividad económica, los datos señalan que sus causas no están vinculadas ni al aumento del empleo (los índices de incidencia de accidentes de trabajo, que reflejan la siniestralidad relativa respecto del volumen de empleo y que se expresan en número de accidentes por cada 100.000 personas trabajadoras ocupadas, aumentaron en este lustro un 15,6%) ni al crecimiento económico (el PIB de España en este periodo creció un 11,5% mientras que el número de accidentes de trabajo con baja lo hizo en un 26,6%). La causa hay que buscarla en la debilidad del sistema preventivo

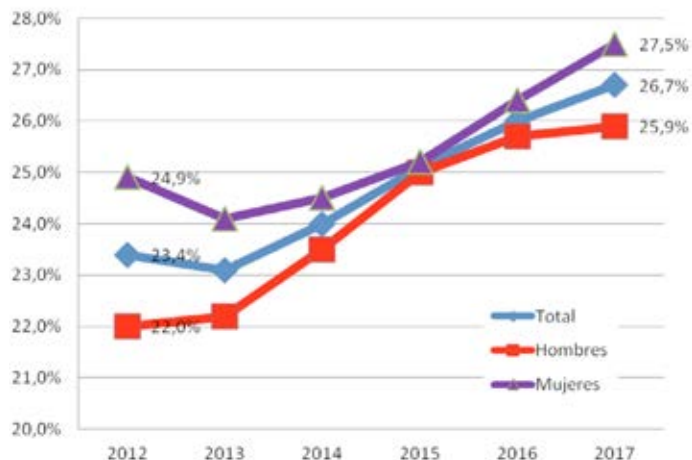
español y, sobre todo, en el deterioro de las condiciones de trabajo asociado al desgaste de la negociación colectiva producto de la reforma laboral y a la progresiva extensión de un sistema de relaciones laborales basado en la precariedad.

Pero ante este escenario de deterioro del sistema de prevención y de las condiciones de trabajo, que está teniendo como consecuencia una pérdida de salud y de seguridad para el conjunto de la clase trabajadora, cabe preguntarse si lo está haciendo en igual medida para hombres y mujeres. Y la respuesta es no. El deterioro de la negociación colectiva producto de las sucesivas reformas laborales, el deterioro del sistema preventivo en las empresas, la reducción de políticas públicas activas en materia de salud y seguridad en el trabajo y, sobre todo, la extensión cada vez mayor de unas relaciones laborales definidas por la precariedad están afectando a la salud del conjunto de la clase trabajadora, pero lo está haciendo con mayor intensidad en la mitad de la población, las mujeres, y también en colectivos especialmente precarizados (jóvenes, migrantes...).

Todos los indicadores vinculados a la precariedad relacionados con la contratación son especialmente desfavorables para las trabajadoras. La Encuesta de Población Activa (EPA) muestra una tasa de temporalidad su-

**INFORME** Brecha de género en seguridad y salud en el trabajo (2012-2017)

**Tasa de tempralidad (EPA)**



Fuente: Encuesta de Población Activa (media de los 4 trimestres)

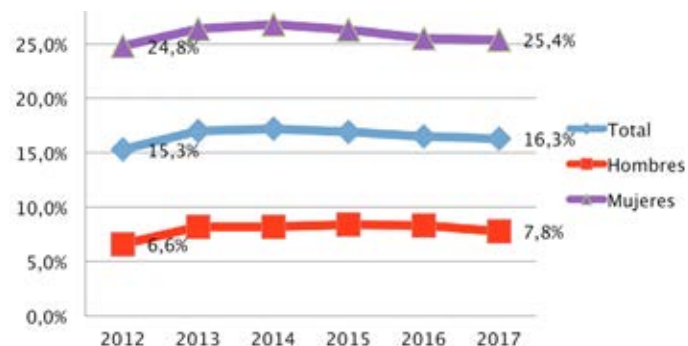
perior en mujeres, un 27,5% frente a un 25,9%, siendo la diferencia aun más amplia en la tasa de parcialidad: el 25,4% de las empleadas lo es a tiempo parcial, por sólo un 7,8% en el caso de los hombres. Y otro dato especialmente relevante es la escasa duración de los contratos. Los registros del Servicio Público de Empleo

Estatál indican que entre 2012 y 2017 el número de contratos con una duración inferior a siete días creció de manera significativa, pero haciéndolo en mayor medida para las mujeres. En 2017, el 27,5% de los contratos firmados por mujeres duraba menos de una semana por un 24,7% de los hombres. Y lo mismo sucedía

en los contratos inferiores a un mes: 40,3% por 36%. En estos trabajos de tan escasa duración es difícil, por no decir imposible, garantizar el derecho a la información y formación en materia de riesgos y de prevención. De todo ello cabe formular la hipótesis de que los indicadores de salud laboral también han tenido que tener una evolución especialmente negativa para las trabajadoras.

Los accidentes de trabajo son un fenómeno que se asocia generalmente a un perfil de trabajador varón, debido a la alta masculinización de los sectores productivos con alto riesgo de seguridad. En 2017, dos de cada tres accidentes con baja lo sufrieron hombres, aumentando el porcentaje en varones a medida que aumenta la gravedad: alrededor del 80% en accidentes graves y del

**Tasa de parcialidad (EPA)**



Fuente: Encuesta de Población Activa (media de los 4 trimestres)

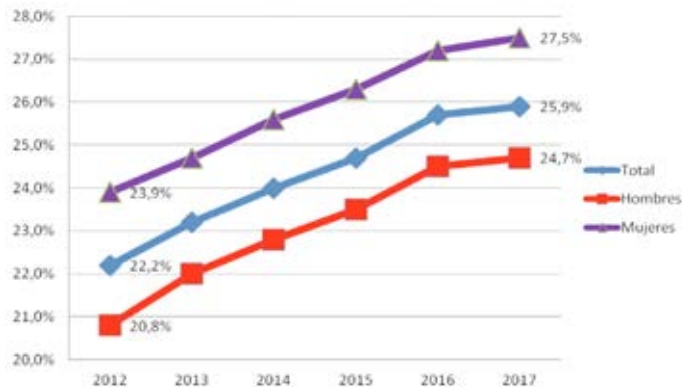
90% en mortales. Esta mayor acumulación de accidentes en varones se repite desde que se cuenta con datos de siniestralidad, pero en los últimos tiempos la evolución de la distribución de accidentes por sexos presenta algunas dinámicas que hay que resaltar.

En el periodo 2012-2017, el número de accidentes con baja está creciendo con mayor rapidez en las mujeres. Mientras que en los varones el incremento es del 25,9%, en trabajadoras lo es del 28%, 2 puntos por encima. Y además, esta diferencia se amplía a medida que se agravan los accidentes: casi 9 puntos en los accidentes graves (2,6% frente a 11,3%) y 14 puntos en los mortales (10,4% frente a 24,4%).

Otro fenómeno interesante es la evolución por sexos de los accidentes *in itinere*, es decir en el trayecto para ir o volver del trabajo. Tradicionalmente este tipo de accidentes era más frecuente en hombres que en mujeres, una diferencia que vino reduciéndose

paulatinamente en los primeros años del siglo hasta 2008. Pero ya en 2009 el número de accidentes *in itinere* en mujeres superó al de los hombres y, desde entonces, la diferencia ha ido aumentando. Hay que recordar que esta diferencia es en términos absolutos, a pesar de que la población empleada femenina es inferior a la masculina. En 2009 el porcentaje de accidentes *in itinere* atribuidos a mujeres era del 52,4%, llegando al 55,2% el pasado año. Es cierto que los accidentes mortales *in itinere* siguen teniendo un perfil masculino (tres de cada cuatro) ligado al uso del automóvil en los desplazamientos, pero desde 2012 han aumentado un 37,5% en mujeres por un 13,6% en hombres. Entre las causas que podrían explicar este *sorpasso* femenino en la siniestralidad *in itinere* se podría hablar de la realidad de la doble presencia de las mujeres, que todavía se ven "obligadas" a compatibilizar el trabajo remunerado con el trabajo de cuidados, en un contexto de creciente precariedad, y la especial incidencia en

### Porcentaje de contratos con duración inferior a 7 días firmados en 2017



Fuente: Encuesta de Población Activa (media de los 4 trimestres)

las trabajadoras de los contratos a tiempo parcial no deseados, que las obliga a simultanear varios empleos, aumentando el número de desplazamientos diarios y, por tanto, su exposición al riesgo de sufrir un accidente *in itinere*.

Las estadísticas de enfermedades profesionales también registran esta intensidad en el deterioro

de la salud de las trabajadoras. Si bien existe un consenso científico sobre la existencia de un amplio subregistro de las enfermedades ocasionadas por el trabajo -fundamentalmente por la notificación como contingencia común de estas patologías por parte de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y el desvío de los gastos

## INFORME Brecha de género en seguridad y salud en el trabajo (2012-2017)

derivados a los sistemas públicos de salud- sí se aprecian efectos relevantes en los últimos años.

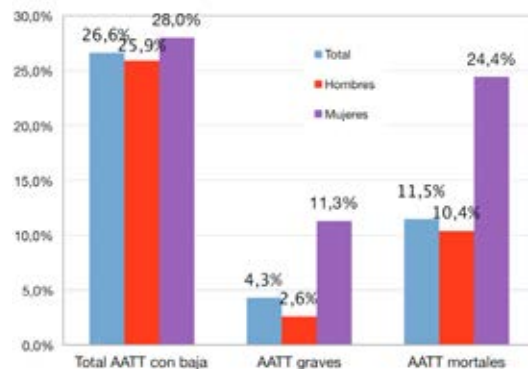
Tradicionalmente, el número de partes de enfermedad profesional con baja comunicados por las mutuas era superior en varones, pero desde el inicio de la crisis económica la diferencia se fue reduciendo hasta que en 2013 el número de partes en mujeres superó al de los hombres. Esta distribución en términos absolutos se ha venido manteniendo hasta la actualidad, a pesar de que la población femenina empleada es inferior a la masculina.

Este incremento de las enfermedades profesionales notificadas en mujeres desde 2012 no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes grupos de enfermedad, sino que se apoya fundamentalmente en algunos trastornos musculoesqueléticos debidos a posturas forzadas y movimientos repetitivos (sector agrario, comercio, hostelería, limpieza), en alteraciones de la voz (sector de enseñanza) y a exposición a agentes biológicos (sanidad

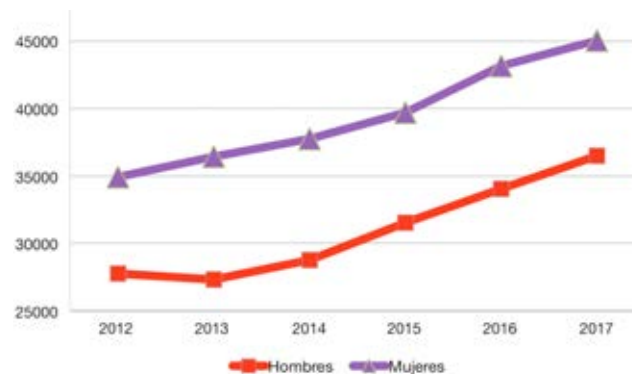
y sectores sociosanitarios). Hay que resaltar que en aquellos grupos de enfermedad en los que existe un mayor subregistro, los vinculados a exposiciones a sustancias químicas y a cancerígenos, la notificación de enfermedades en mujeres es muy escasa o prácticamente inexistente. En 2017 sólo se han comunicado 22 partes de enfermedad profesional con baja por exposición a cancerígenos y todos ellos en hombres y de 2012 hasta el año pasado sólo 9 casos se comunicaron en mujeres de un total de 132. Y esta diferencia no se puede atribuir a una menor exposición de las mujeres a cancerígenos laborales, ya que la propia Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) incluye dentro de su listado de cancerígenos algunas actividades y profesiones altamente feminizadas en las que está demostrada científicamente se relación con el cáncer: peluquerías o sector sanitario por exposición a medicamentos peligrosos.

Y la duración de las bajas por enfermedad profesional es un dato

### Incremento de los AATT con baja por sexo 2012-2017

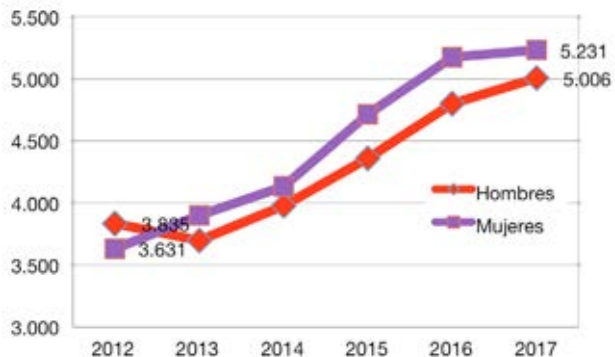


### Accidentes in itinere por sexo 2012-2017



## INFORME Brecha de género en seguridad y salud en el trabajo (2012-2017)

### Duración media en días de los partes cerrados como EP con baja



### Partes comunicados de enfermedad profesional con baja



que demuestra la especial intensidad de los daños a la salud en las trabajadoras. Al inicio de la crisis, en 2008, este tipo de bajas duraba una media de 51 días en varones y de 55 en mujeres, 4 días de diferencia. En 2013 la diferencia es prácticamente inexistente, 60 y 59 días respectivamente, pero a partir de ese momento la duración de las bajas aumenta y con ella la brecha entre mujeres y hombres,

alcanzando el pasado año los 83 y 74 días, 9 de diferencia. Parece evidente que cada año que pasa, los diagnósticos de enfermedad profesional se hacen de manera más tardía, con los pacientes en peores condiciones, pero es en el caso de las trabajadoras en el que es necesario un mayor periodo de tiempo para su recuperación. Además hay que recordar que el control de estas situaciones de incapacidad, al

ser una contingencia profesional, está a cargo de los servicios médicos de las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.

Las conclusiones de todos estos datos son evidentes. La crisis económica, las reformas laborales y la extensión de la precariedad laboral están teniendo como consecuencia un deterioro de las condiciones de trabajo y un aumento de

los daños a la salud del conjunto de la clase trabajadora española, pero se están cebando de manera especial en las trabajadoras. La brecha de género no sólo existe en materia salarial, sino también en términos de seguridad y salud en el trabajo **II**

Oscar Bayona forma parte del equipo de la Secretaría Confederal de Salud Laboral de Comisiones Obreras.