

el género neutro de la salud laboral

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN



comisiones obreras
de extremadura

El género neutro de la **Salud Laboral**



extremadura

Nota:

Por facilitar la lectura de este documento se opta por la convención que otorga el lenguaje a los sustantivos masculinos para la representación de ambos sexos. Incluimos en el mismo a todas las trabajadoras, responsables, delegadas sindicales, de personal o de prevención, asesoras, técnicas y en definitiva a todas las mujeres que se pudieran ver mal representadas en este texto.

Edita: CCOO Extremadura

Coordina: Concha Gómez Mogío

Secretaría de Salud Laboral, Medioambiente y Drogodependencias.

Elaboración técnica: Cruces Rosado Texeira

Gabinete de Salud Laboral, Medioambiente y Drogodependencias

Financia: Consejería de Igualdad y Empleo

Diseño e Impresión: Crash Gráficos

El género neutro de la
Salud Laboral



extremadura

Índice

Presentación	13
1. Condiciones de trabajo y salud de las mujeres	
Segregación ocupacional	17
El trabajo feminizado	18
Las mujeres en Extremadura	19
2. Riesgos del trabajo. Perspectiva de género.	
2.1. Ergonomía y Lesiones Musculoesqueléticas (LME)	25
Exigencias físicas de la tarea	25
Diseño de los puestos de trabajo	26
Organización del Trabajo y LME	27
Otros factores diferenciales	27
La fibromialgia	27
Lipoatrofia semicircular	28
2.2 Riesgo Químico	29
Riesgo Reproductivo por exposición a Agentes Químicos	30
Disruptores Endocrinos (PCB)	31
2.3 Organización del Trabajo. Riesgos Psicosociales.	32
Acoso Moral en el Trabajo. Mobbing.	34
2.4 Riesgo Reproductivo.	37
3. Riesgos específicos	
Doble presencia	41
Riesgo para el embarazo y/o la lactancia	42
Acoso sexual	45
4. Estrategias de acción sindical	
Participación	49
Evaluaciones de riesgo incluyendo la perspectiva de género	49
Negociación Colectiva	50
5. Conclusiones	55
6. Bibliografía	59

Presentación

Tenéis en vuestras manos el resultado de un análisis detenido y concienzudo de la realidad de los trabajadores en el día a día dentro de sus centros de trabajo.

Esta guía se corresponde con el diagnóstico de la situación de la mujer dentro del marco legal y real de la prevención de riesgos laborales apuntando algunas líneas de actuación para los agentes que intervienen en la misma (Servicios de Prevención, Empresas, delegados de prevención, Administración, Negociadores de los Convenios Colectivos, etc.)

La necesidad de realizar este trabajo, viene generada de la demanda que surge por parte de los delegados de prevención en cada uno de los centros de trabajo en materia de salud laboral, donde se aprecian de forma significativa las diferencias de los riesgos que afectan a hombres y mujeres, en los que se encuentra de forma inapreciable la diferencias de género en el tratamiento de previo de la Prevención, pero se destaca de forma muy evidente esta misma diferencia en el resultado de las lesiones producidas en el lugar de trabajo, ya sean físicas o psicológicas.

En respuesta y coherencia con esta demanda, CCOO de Extremadura, pretende alzar la voz y hacer visibles estas diferencias, en la Prevención de Riesgos Laborales que se lleva a cabo en nuestra región, entendiendo que es éste un buen momento para hacer balance de las buenas prácticas que se van desarrollando para poder multiplicarlas, así como la posibilidad de analizar los errores cometidos, con

la pretensión de subsanarlos en beneficio de la salud de las trabajadoras de la región.

En los mismos términos que se construye la Estrategia Española para la Seguridad y Salud Laboral en los que se pretende **“transformar los valores, las actitudes y los comportamientos de todos los sujetos implicados en la prevención de riesgos laborales”**, CCOO de Extremadura, hace extensivo este objetivo primordial en pro de una Prevención de Riesgos Laborales de calidad en la que se incluyan de forma objetiva las diferencias de género.

Invitamos a todos los que participan activamente de la Prevención de Riesgos en sus empresas (trabajadores, delegados sindicales, de prevención) hagan suya esta propuesta, para mejorar la eficacia y la calidad de las actividades preventivas en los lugares de trabajo, fomentando la participación de las mujeres en todos los contextos y mejorando así la salud y las condiciones de vida de las trabajadoras extremeñas.

Concha Gómez Mogío

Secretaría de Salud Laboral, Medioambiente y Drogodependencias.

Cruces Rosado Texeira

Gabinete de Salud Laboral, Medioambiente y Drogodependencias.

Unión Regional de CCOO de Extremadura

1. Condiciones de trabajo y salud de las mujeres

SEGREGACIÓN OCUPACIONAL

En la actualidad cada vez es mayor el número de personas que reconocen la presencia de actitudes discriminatorias en el mercado de trabajo basadas en el género, la raza o el origen étnico de los individuos. Desde esta perspectiva, los individuos estarían disfrutando de oportunidades diferentes a la hora de integrarse en el mercado laboral, alcanzar estabilidad, ascender en el puesto de trabajo, incorporarse a determinadas profesiones, o incluso percibirían diferentes retribuciones realizando trabajos de similar valor, en función de que posean unas u otras características. La identificación con el grupo de pertenencia condicionaría así las posibilidades laborales del sujeto por encima de su preparación, capacidad o actitud individual para el puesto de trabajo, de forma que los prejuicios sobre el colectivo con el que se le asocia se revelarían como determinantes.

Existen dos tipos de discriminación: una discriminación deseable basada en el mérito, que estaría asociada a características intrínsecas del individuo y a la correlación entre éstas y la productividad; y una discriminación reprochable basada en el prejuicio

que es sobre la que se debería intervenir desde todos los estamentos posibles.

Siguiendo este razonamiento, las mujeres tienen un mayor nivel de desempleo, porque su productividad es menor al tener un historial laboral más intermitente, al abandonar su puesto de trabajo con más frecuencia que los hombres; las mujeres están sobre-representadas en ciertas ocupaciones, no porque se las excluya de otras, sino porque prefieren trabajos con un horario más flexible para poder ocuparse de su familia; y tal vez el bajo porcentaje de mujeres ejecutivas no se deba solamente a la existencia de barreras dentro de las empresas, sino también a decisiones personales destinadas a poder compaginar mejor su vida familiar y profesional. Este problema que planteamos es pues, mucho más difícil de resolver desde el ámbito laboral, ya que cuando la mujer llega a esta etapa de su vida han intervenido en numerosas ocasiones otros factores que le han ido marcando el camino que más adelante elegirá de “forma voluntaria”.

En la Nueva Estrategia Comunitaria de los años 2002-2007, se incidía de forma muy especial en la reducción de accidentes y

enfermedades profesionales, en reforzar la prevención de las EEPP, se pretendía tener en cuenta los riesgos sociales y los asociados a la dependencia del alcohol, drogas o medicamentos, y en cuarto lugar:

Tomar en consideración los cambios producidos en la composición de la población activa como consecuencia de la feminización del mercado de trabajo.

Actualmente, la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012) incide en la idea de que si se quiere mejorar la aptitud para el empleo de hombres y mujeres y la calidad de la vida profesional, también es preciso progresar en el ámbito de la igualdad entre hombres y mujeres.

La participación de las mujeres en el empleo sigue aumentando, y en muchos casos va acompañada de una segregación entre los sexos, por consiguiente, es preciso tener más en cuenta los aspectos de salud y seguridad específicos de las mujeres.

En el punto 7 de la Estrategia, en el que se refiere a HACER FRENTE A NUEVOS RIESGOS, se recogen especialmente los que afectan de forma muy especial y perjudicial para las mujeres.

Las cuestiones psicosociales, los trastornos osteomusculares, las sustancias peligrosas, el conocimiento de los riesgos para la reproducción, la gestión de la salud y la seguridad, los riesgos derivados de factores cruzados (organización del trabajo y diseño de los lugares de trabajo; ergonomía o exposición combinada a agentes físicos o químicos) y los riesgos potenciales relacionados con las nanotecnologías.

Promoción de la Salud Mental en el trabajo. Prevención de la violencia y del acoso en el trabajo.

EL TRABAJO FEMINIZADO

Parece haber unas "cualidades naturales" que se atribuyen a las mujeres para justificar la división sexual del trabajo. Por este motivo, entre otros, el empleo de las mujeres viene consistiendo en cuidar o atender a personas, se realiza en el interior, se percibe como carente de peligros, cuando se trata de puestos estáticos, cuando exigen precisión visual, destreza, rapidez de ejecución, alta tolerancia a las interrupciones y capacidad para hacer varias cosas a la vez.

Las mujeres ocupan con mayor frecuencia empleos de baja cualificación, de menor esfuerzo físico, con mayores exigencias,

sedentarios, monótonos, con menos responsabilidades y con pocas posibilidades de promoción. Estas diferencias en cuanto a las condiciones de empleo también repercuten negativamente en su salud laboral.

Se concentra mayor número de mujeres en los trabajos precarios y de menor retribución salarial. Predominan en el trabajo a tiempo parcial donde la segregación de géneros es aún más pronunciada. Además, las mujeres tienden a mantenerse más tiempo en el mismo puesto, por lo que sufren una exposición más prolongada a los riesgos.

Esta realidad compleja hace que hombres y mujeres estén expuestos a riesgos diferentes, de forma que se producen efectos diferenciales en la salud.

LAS MUJERES EN EXTREMADURA

Según la definición de la EPA¹, la “población económicamente activa” es el conjunto de personas de unas edades determinadas que, en un período de referencia dado, suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o que están disponibles y hacen gestiones para incorporarse a dicha producción.

El análisis de la población activa es fundamental ya que representa la fuerza de trabajo con la que cuenta la sociedad para su desarrollo económico.

La mujer ha estado histórica y culturalmente ligada a la economía doméstica sin que se planteara, salvo en algunas excepciones, la opción de buscar un puesto de trabajo remunerado. En la última década se ha producido un proceso trascendental de incorporación de la mujer a la actividad laboral con cifras muy significativas:

Desde 1996 hasta 2004 han pasado a estar económicamente activas en Extremadura unas 30.000 mujeres (un incremento del 20%). En el mismo periodo el aumento en el caso de los hombres ha sido del 4%.

En el caso de las mujeres, la principal causa de inactividad siguen siendo las labores del hogar.

Según los últimos datos publicados (tercer trimestre de 2007) la EPA estima que en Extremadura hay un total de 191.500 mujeres económicamente activas lo que representa un 40% del empleo de la región, con un incremento del más del 8% con respecto al mismo período del año anterior, mientras que los hombres, en el mismo período han tenido un incremento del 2'2%.

En el tercer trimestre de 2007 el INE² estimó que el número de personas en paro en la región ascendía a 59.000 (un 12% más que en 2006), de las cuales un 58'13% son mujeres.

En el siguiente anterior se sintetizan los indicadores más generales para establecer una comparativa con la media nacional y mostrar la radiografía del mercado

1. Encuesta de Población Activa realizada por el Instituto Nacional de Estadística

2. Instituto Nacional de Estadística.

ÚLTIMOS DATOS DEL MERCADO DE TRABAJO

I. ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA (III trimestre 2007). EPA METODOLOGÍA 2005

	EXTREMADURA			ESPAÑA		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Población Activa	285.300	191.500	476.800	12.890.600	9.411.900	22.302.500
Variación interanual	6.000	14.300	20.300	270.900	370.900	641.800
Variación %	2,2	8,1	4,5	2,2	4,1	3,0
Tasa de Actividad	64,29%	42,10%	53,06%	69,61%	48,98%	59,10%
Población Ocupada	260.700	157.200	417.900	12.089.600	8.421.000	20.510.600
Variación interanual	4.100	9.100	13.200	230.200	384.800	615.000
Variación %	1,6	6,1	3,3	1,9	4,8	3,1
Población Parada	24.700	34.300	59.000	800.900	991.000	1.791.900
Variación interanual	2.000	5.200	7.100	40.700	-13.800	26.800
Variación %	8,8	17,9	13,8	5,4	-1,4	1,5
Tasa de Paro	8,64%	17,91%	12,37%	6,21%	10,53%	8,03%

Asalariados	194.000	133.400	327.400	9.595.000	7.274.800	16.869.800
Variación interanual	-1.000	11.600	10.500	161.600	342.300	503.900
Variación %	-0,5	9,5	3,3	1,7	4,9	3,1
con contrato indefinido	119.800	72.400	192.200	6.626.500	4.854.700	11.481.200
Variación interanual	1.300	11.600	12.900	264.800	512.000	776.700
Variación %	1,1	19,1	7,2	4,2	11,8	7,3
con contrato temporal	74.200	61.100	135.200	2.968.500	2.420.100	5.388.600
Variación interanual	-2.300	100	-2.300	-103.100	-169.600	-272.800
Variación %	-3,0	0,2	-1,7	-3,4	-6,7	-4,8
Tasa de temporalidad	38,2%	45,8%	41,3%	30,9%	33,3%	31,9%

II. PARO REGISTRADO. SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL

(Noviembre 2007)

Población parada	23.461	51.788	75.239	834.047	1.260.426	2.094.473
Absoluta	487	74	561	31216	14680	45896
Variación mensual						
Relativa	2,12%	0,14%	0,75%	3,89%	1,18%	2,24%

III. CONTRATACIÓN REGISTRADA. SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL

(Noviembre 2007)

Nº contratos	21.288	14.853	36.141	837.869	754.149	1.592.018
Contratos temporales	20.007	13.838	33.845	738.973	663.030	1.402.003
% sobre el total	93,98%	93,17%	93,65%	88,20%	87,92%	88,06%
contratos indefinidos	1.281	1.015	2.296	98.896	91.119	190.015
% sobre el total	6,02%	6,83%	6,35%	11,80%	12,08%	11,94%

de trabajo en Extremadura desde una perspectiva de género según los últimos datos publicados (INE y SPEE³).

Las conclusiones que nos permiten extraer estos datos son:

- La actividad en Extremadura es una de las asignaturas pendientes en nuestro mercado laboral. A pesar de que las mujeres se han ido incorporando paulatinamente al mercado de trabajo, mantenemos niveles muy alejados tanto de la media nacional (ambos sexos) como entre ambos sexos dentro de nuestro territorio.

- Del total de la población activa, las mujeres ocupadas, siguen estando en menor número que los hombres (82% frente a 91%) aunque ha incrementado significa-

tivamente en el último año en el primer caso (6'1 % frente a 1'6%).

- El paro femenino se mantiene en niveles muy elevados. En Extremadura, la tasa de paro femenina es casi el doble que la de los hombres (17.91% frente a 8.65% respectivamente).

- Otro de los grandes problemas del mercado de trabajo en nuestro país es la elevada tasa de temporalidad y que se relaciona estrechamente con la precariedad que sufren trabajadores y trabajadoras. En nuestra región casi la mitad de las trabajadoras asalariadas tienen un contrato temporal (45.8%).

2. Riesgos del trabajo. Perspectiva de género.

2.1 ERGONOMÍA Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS (LME)

Los trastornos musculoesqueléticos son uno de los daños más frecuentes derivados del trabajo, que generan más pérdidas económicas y que provocan mayor absentismo en las empresas. Aunque sus efectos no son tan “sangrientos” como otro tipo de lesiones, son muy costosos y afectan de una forma muy drástica a la vida fuera y dentro del trabajo.

Los trastornos musculoesqueléticos afectan en un elevadísimo grado tanto a hombres como a mujeres, pero las investigaciones indican que las mujeres presentan el problema más frecuentemente y la localización de las lesiones es diferente.

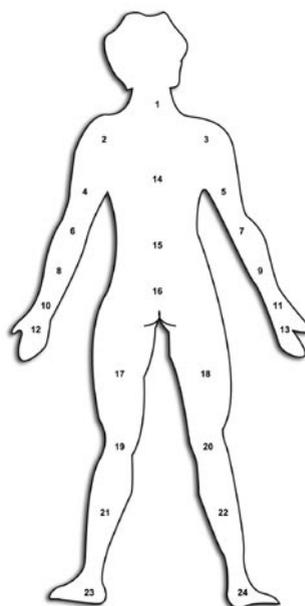
Si hablamos no sólo de molestias, sino de daños legalmente reconocidos, las estadísticas demuestran que el porcentaje de Enfermedades Profesionales debidas a LME⁴ es mayor en las mujeres que en los hombres, y esto es una tendencia constante a lo largo de los años.

Esto se puede explicar fácilmente si atendemos a las diferencias de las actividades que desempeñan unos y otras, durante cuánto tiempo, en qué condiciones de trabajo, cómo interactúan las diferencias individuales y si pueden influir en las mismas, las exposiciones de origen extralaboral.

EXIGENCIAS FÍSICAS DE LA TAREA

Es el aspecto en el que existe mayor evidencia de las diferencias debidas al género.

En este espacio se hace referencia a las posturas, movimientos rápidos y precisos, requerimientos de fuerza física, ciclos cortos y repetidos, altas exigencias de atención especialmente de tipo visual y táctil.



4. Lesiones Musculoesqueléticas.

Esta diferencia sexual del trabajo en las empresas favorece que las mujeres se concentren en los siguientes sectores productivos y puestos de trabajo:

Servicios:

- Sanitarios: DUE⁵, Auxiliares de clínica.
- Educativos: maestras.
- Servicio doméstico
- Banca, oficinas, administración pública: administrativos, auxiliares, ordenanzas.
- Asistencia Social.
- Ayuda a domicilio.
- Limpieza.
- Comercio y hostelería: dependientas, cajeras, camareras de piso, catering...

Industria:

- Textil y calzado.
- Electrónica y electrodomésticos.
- Alimentación.
- Varias industrias manufactureras: costureras, operarias de montaje, envasado...

En la mayoría de los sectores las trabajadoras están más expuestas a posturas dolorosas o fatigantes, a posturas estáticas que no permiten variación y a movimientos repetidos de miembro superior.

Mientras que los hombres siguen desarrollando más tareas que implican fuerza y/o levantamiento y movimiento de cargas pesadas.

Los estudios advierten que cuando se examinan de cerca algunos trabajos desarrollados por mujeres, desaparece la creencia a priori de que se trata de trabajo ligero.

DISEÑO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

Incluye elementos como las dimensiones del puesto, altura/anchura de los diferentes planos de trabajo, distancias de alcance de los elementos que se utilizan, espacio libre disponible para las piernas, pies, brazos, muñecas, forma, peso y dimensiones de los equipos de trabajo y herramientas, uso de los EPIs⁶.

Cuando las mujeres ocupan puestos de trabajo tradicionalmente masculinos, comprobamos que el medio de trabajo no siempre se adapta a las especificidades antropométricas de su sexo. Esto es, que las diferencias biológicas condicionan la interacción de la trabajadora con su puesto, generando a veces en ellas un mayor riesgo de LME.

Las herramientas, máquinas y equipos, el plano de trabajo, la disposición de los elementos, la organización de las tareas, etc. han sido concebidos frecuentemente "a la medida" de los hombres.

5. Diplomado Universitario de Enfermería.

6. Equipos de Protección Individual.

Las mujeres son, en general más pequeñas, tienen menos fuerza, sus manos son más pequeñas y sus brazos más cortos. Una silla de altura inadecuada o estanterías demasiado altas pueden causar una constante sobresolicitación en los mismos tendones o articulaciones, incluso aunque el problema no sea observable a simple vista.

Estos detalles pueden parecer poco importantes de manera aislada, pero generan formas de prensión de las herramientas, posturas forzadas, aplicación de fuerzas y sobreesfuerzos físicos que, mantenidos a lo largo de varias horas cada día acaban provocando la aparición de trastornos musculoesqueléticos.

Los puestos de trabajo ajustados para el 90% de la población masculina, tienen dimensiones demasiado grandes para casi el 50% de la población femenina (Pheasant, 1996).

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LME

Algunas de las otras exigencias típicas de las ocupaciones feminizadas son la carga mental y/o emocional de ocupaciones como las PROFESIONALES SANITARIAS y DOCENTES, pero también en las trabajadoras de call-center (teleoperadoras), las recepcionistas o las cajeras. Trabajos en los que se suele dar la simultaneidad de tareas, frecuentes interrupciones, necesidad de dar respuesta a varias personas a la vez, condiciones en que hacen difícil la conciliación de la vida laboral y familiar (horarios cambiantes, turnos) y que suelen hacer de “muro de contención” entre la empresa y los clientes, estando expuestas a conflictos y agresiones verbales por parte del público.

Todos estos factores, del ámbito psicosocial tienen a menudo una traducción en sintomatología músculo-esquelética.

Hay que añadir, además, otro elemento diferencial relacionado con el **tiempo de exposición**. Las mujeres presentan mayor probabilidad de soportar durante más tiempo las mismas cargas de trabajo.

A trabajo menos cualificado y más precario, menos posibilidad de promoción y/ o de cambio de puesto tras haber sufrido LME.

OTROS FACTORES DIFERENCIALES

Algunos estudios, aún poco confirmados, apuntan a otros elementos diferenciales:

- La influencia de factores hormonales, especialmente en edades cercanas a la menopausia, que podrían interaccionar con las condiciones de trabajo, o bien actuar separadamente, y podrían producir LME.
- La mayor predisposición de la mujer a reaccionar ante los aspectos organizacionales del trabajo, que actúan junto con los estresores físicos y que podrían influir en su estado de salud a través de mecanismos psicológicos.

LA FIBROMIALGIA

El paciente más representativo que padece fibromialgia es una mujer en edad reproductiva que acude al médico quejándose de dolores musculoesqueléticos generalizados, sin localización precisa. Las expresiones más frecuentes son: “me duele todo el cuerpo”, “me siento exhausta”, “duermo pero no siento que descanse”. Además, se quejan de rigidez matutina, cefalea, depresión, ansiedad, tensión, síntomas de colon irritable, parestesias diversas, sensación de debilidad, fatiga extrema y dificultad para dormir. Con menor frecuencia hay dismenorrea, dolor precor-

dial, mareo, polaquiuria y resequeidad de piel y mucosas.

Se trata de un trastorno común, considerado reumático, que afecta a entre el 2% y el 4% de la población, lo que supone en España más de un millón de personas enfermas de fibromialgia, con una alta prevalencia de mujeres (85%) entre los afectados, y que se puede manifestar a cualquier edad.

La realidad de esta enfermedad es que afecta a gran número de mujeres. En Extremadura, aunque no disponemos de datos oficiales, a través de la experiencia directa se puede dibujar el perfil de los afectados:

- Mujer.
- De 45-50 años.
- Con más de 30 años de actividad laboral con gran desgaste físico.
- Sector servicios (limpieza de locales y despachos, hostelería, camareras de piso).
- No reconocimiento del daño.
- No adaptación de los puestos de trabajo, según establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Aunque la causa de esta enfermedad no está claramente determinada, se relaciona con un trauma físico o psicológico, un accidente, un dolor o una enfermedad prolongada, y en algunos casos infecciones virales o bacterianas. Por lo tanto se puede relacionar directamente con algunas situaciones relacionadas con el trabajo que afectan gravemente a la salud y que, o bien tardan mucho tiempo en resolverse o bien no se les da la respuesta adecuada.

LIPOTROFIA SEMICIRCULAR

La Lipoatrofia Semicircular (LS) es un trastorno poco frecuente, cuya manifestación clínica consiste en la pérdida o atrofia de

tejido fino graso subcutáneo. Sus manifestaciones estéticas pueden llegar a ser aparatosas apareciendo principalmente con forma semicircular en la parte frontal de los muslos y en algunas ocasiones en los antebrazos. Este trastorno indoloro y de baja gravedad es reversible.

La LS aparece habitualmente en personas que trabajan en edificios de oficinas, detectándose una mayor incidencia en mujeres (84%).

El origen de la LS es multifactorial. La ergonomía del trabajador en su puesto, la triboelectricidad y la conductividad de los materiales, el control sobre el sistema de climatización, el mobiliario, las tomas de tierra, el electromagnetismo o la humedad relativa entre otros factores influyen en que una persona pueda contraer el trastorno.

Es reversible, en todos los casos, cuando la exposición al factor de riesgo que lo ha provocado ha sido eliminada. El seguimiento prolongado de los casos así lo confirma.

Como esta lesión se produce a consecuencia de la actividad laboral, debería tratarse pues, como un accidente de trabajo y las empresas deberían tratarlo tal y como establece la normativa vigente para este tipo de casos. La empresa debe comunicar a la Mutua la declaración del accidente, para que ésta realice el diagnóstico y seguimiento. Una vez confirmada el diagnóstico debería darse parte a la autoridad laboral del accidente de trabajo, tanto si la persona causa baja médica como si no.

2.2 RIESGO QUÍMICO

Existen más de 100.000 sustancias químicas en el mercado, pero del 75% disponemos de poca o ninguna información sobre sus propiedades y riesgos, mientras que del 25% disponible, la información es muy limitada. Las enfermedades asociadas al uso de sustancias químicas incluyen afecciones respiratorias, dérmicas, del sistema nervioso, daños a órganos y diversos tipos de cáncer. En prácticamente todos los sectores se fabrican, manipulan o almacenan sustancias químicas y, como resultado, se estima que el 27,7% de los trabajadores y trabajadoras están expuestos a contaminantes químicos por manipulación o inhalación.

Muchos de los trabajos y actividades que más intensamente utilizan sustancias químicas están altamente feminizados: tintes en el textil, n-hexano en el calzado; formaldehído en la sanidad, organoclorados en la agricultura, en la fumigación de edificios, disolventes en la limpieza, etc. Si existe poca información sobre el riesgo químico para el medioambiente y la salud humana en general, existe menos aún sobre los riesgos específicos en las mujeres, puesto que la mayoría de los estudios sobre efectos de las sustancias o sobre exposición de la población trabajadora se realiza con hombres. Sin embargo las sustancias químicas pueden afectar de forma diferente a las mujeres por diversas razones:

- Naturaleza y propiedades de las sustancias que causan enfermedades específicas de la mujer: ciertos compuestos organoclorados están ligados al cáncer de mama u ovarios; el cadmio está relacionado con la osteoporosis.
- Diferencias biológicas: anatómicas (área superficial), fisiológicas (contenido grasa) o bioquímicas (procesos hormonales).
- Diferencias sociales, culturales, psicológicas (cultura sobre la percepción de

riesgos, la salud o la relación con el cuerpo...)

- Exposición múltiple a sustancias químicas en el trabajo y en la vida cotidiana (p.ej. productos de limpieza en el hogar, medicamentos -antidepresivos, menopausia-), cosméticos.
- Hábitos: aumento del consumo de tabaco y alcohol en las mujeres.
- Los niveles de protección frente al riesgo químico pueden resultar insuficientes (por ejemplo: los valores límites ambientales -VLA- se revisan continuamente a la baja y están calculados en base al nivel de reacción en los hombres).

Productos de limpieza agravan los problemas respiratorios. Investigadores del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona (IMIM) han realizado un estudio en 43 mujeres de la limpieza con problemas de asma o bronquitis y han llegado a la conclusión de que el contacto con los productos habitualmente utilizados en su trabajo (lejía, spray desengrasante, amoníaco y otros) provocan en ellas una mayor frecuencia de síntomas respiratorios como tos, opresión torácica o fatiga respiratoria, durante los días laborables en comparación con los de descanso. El estudio se ha publicado en la revista European Respiratory Journal.

RIESGO REPRODUCTIVO POR EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS

Aunque socialmente se le da mayor importancia al tema del embarazo que al de la reproducción, el conocimiento científico evidencia que no podemos abordar las políticas de prevención durante el embarazo, si no lo hacemos desde un ámbito más general y completo como es el de la salud reproductiva, que afecta a hombres y mujeres en diferentes condiciones.

Los productos tóxicos para la reproducción son las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, puedan producir efectos negativos no hereditarios en la descendencia, o aumentar la frecuencia de éstos, o afectar de forma negativa a la función o a la capacidad reproductora.

Entre los efectos que pueden ocasionar se encuentran:

Esterilidad, abortos espontáneos, muerte fetal, malformaciones congénitas, mortalidad perinatal, bajo peso nacimiento o enfermedades infantiles, entre otras.

La gravedad a la que pueden llegar los daños por exposición a tóxicos para la reproducción, hace que deban calificarse como sustancias especialmente peligrosas y que se deba proponer su eliminación o sustitución como medida preventiva, siguiendo el primer principio de acción preventiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En caso de estar presentes en los lugares de trabajo, debe evitarse la exposición de las personas en edad fértil (medidas de protección colectivas y personales) y del medio ambiente (evitar vertidos o emisiones) a estas sustancias.

Es importante conocer y señalar las diferencias de género frente a la exposición a sustancias químicas.

Así, el cuerpo de las mujeres tiene un mayor contenido en grasa (presenta más riesgo ante la exposición a sustancias bioacumulativas) y su organismo presenta procesos hormonales diferentes que hacen que la respuesta a la exposición a ciertas sustancias sea diferente.

La maternidad implica la posibilidad de transferir efectos de la exposición a sustancias químicas a generaciones venideras (ocasionado por sustancias mutagénicas o a las que alteran el sistema hormonal), la exposición del feto a través de la placenta y la exposición de los bebés a través de la leche materna.

Las mujeres también sufren efectos específicos diferentes tras la exposición a sustancias, incluyendo ciertos cánceres, enfermedades reproductivas, hormonales, etc.

Por último, la doble exposición (laboral y en el hogar), las diferencias de género en la atención sanitaria y las diferencias culturales o de percepción de los riesgos han de tenerse en cuenta a la hora de identificar y valorar el riesgo químico⁷.

Ante la posibilidad de exposición de trabajadoras embarazadas, con parto reciente o lactantes, el empresario debe:

1. Adaptar las condiciones de trabajo del puesto, eliminando las sustancias tóxicas para la reproducción.
2. Cambiar a la trabajadora a otro puesto compatible con su estado.
3. Si no fuera posible el cambio, la trabajadora puede optar a la suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo y/o la lactancia.

7. Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Art. 26.

DISRUPTORES ENDOCRINOS (PCB)

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas capaces de alterar el sistema hormonal y ocasionar diferentes daños sobre la salud de las mujeres y hombres expuestos y en sus hijas e hijos. Los efectos más preocupantes ocurren en la descendencia de madres expuestas durante el embarazo y la lactancia. También afectan a la reproducción y la salud de otras especies animales debido a la contaminación ambiental.

Sus efectos se producen a dosis muy bajas, en general muy por debajo de los límites de exposición legalmente establecidos.

Los bifenilos policlorados (PCB) son uno de los grupos principales de sustancias que producen estos efectos. Tienen una regulación legal específica y, a pesar de estar prohibidos, se pueden encontrar en los lugares de trabajo.

Estas sustancias sintéticas han sido aprovechadas en numerosos usos industriales a lo largo del siglo XX, empleándose como fluidos aislantes (aceites) de transformadores y condensadores, plastificantes y fluidos hidráulicos.

En el año 2001 se estimaba que existían 210.000 toneladas de PCB y aparatos contaminados con PCB repartidos pro el Estado español⁸.

Se ha demostrado que los PCB ocasionan una gran diversidad de efectos muy gra-

Efectos sobre la salud de humana de los PCB	
Cáncer SISTEMA REPRODUCTOR	Probable cancerígeno (IARC 2A). Ciclos menstruales irregulares, abortos, deformaciones y reducción del número de espermatozoides.
SISTEMA INMUNOLÓGICO SISTEMA NERVIOSO	Reducción del sistema inmunológico, Dolor de cabeza, mareos, náuseas, depresiones, trastornos del sueño y memoria, nerviosismo, fatiga, impotencia.
SISTEMA ENDOCRINO	Modificación de niveles de hormonas tiroideas. Anti-estrógenos y anti-andrógenos.
DESCENDENCIA	Bajo peso de nacimiento, reducción del sistema inmunológico, problemas de desarrollo, retraso en habilidades motoras, dificultades de aprendizaje, retraso en desarrollo de memoria.
OTROS	Daños al hígado, cloracné, hiperpigmentación de piel y uñas, conjuntivitis, descenso del número de células rojas y hemoglobina.



8. Plan Nacional de Descontaminación y Eliminación de Policlorobifenilos (PCB) y Policloroterfenilos (PCT) y aparatos que los contengan (2001-2010). BOE 93, 18 de Abril de 2001.

ves sobre la salud humana. Se caracterizan como probables cancerígenos para los seres humanos, además dañan al sistema inmunológico, a la reproducción, al desarrollo, al sistema neurológico y al hígado. Los PCB son disruptores endocrinos afectando al mecanismo de actuación de las hormonas de tiroides, estrógenos y andrógenos y por tanto al sistema reproductivo. Los PCB se absorben por vía respiratoria, la piel y la vía digestiva transfieren a los hijos e hijas a través de la placenta materna y es excretado por la leche materna, ocasionando daños en la descendencia.

Las actividades que generan residuos con PCB son las relacionadas con:

- Aceites usados.
- Lodos de dragado.
- Reparación y mantenimiento de equipos y materiales que lo contienen.
- Demolición.
- Vertederos.
- Plantas de reciclaje.
- Incineración de residuos.
- Industria química.

Como toda sustancia cancerígena y capaz de alterar el sistema hormonal no existe límite de exposición aceptable a PCB.

2.3 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES

Una organización de trabajo implica la reunión de un grupo de personas, más o menos grande, con un fin común, lo que la convierte en una organización social. En las organizaciones de trabajo suelen estar contempladas las relaciones que deben establecerse entre los distintos individuos y grupos para la realización de la tarea encomendada. Sin embargo, la existencia de otros tipos de relaciones, distintas de las meramente productivas, entre los distintos individuos de una empresa, así como el desarrollo formal de todas las relaciones en general, es algo que no suele merecer atención al no ser aspectos directamente relacionados con la realización del trabajo.

Como consecuencia, es posible que se de un funcionamiento anormal de la organización social, lo que puede traducirse en consecuencias bastante más amplias que simples discusiones o problemas personales. Distintos estudios han puesto de manifiesto que la existencia de problemas en estos ámbitos está relacionada con la aparición de ciertas disfunciones que repercutirán tanto sobre los trabajadores (mal clima laboral, insatisfacción en el trabajo, desmotivación,...) como sobre el funcionamiento de la empresa (absentismo, abandonos del trabajo, incremento de la accidentabilidad, disminución de la cantidad y la calidad del trabajo,...).

Un conjunto de problemas originados a partir de las relaciones que se establecen entre los trabajadores de una organización de trabajo han sido conceptualizados con la denominación de mobbing. Este concepto hace referencia a situaciones de hostigamiento psicológico que se da entre los miembros de una organización de trabajo, aunque al ser este tipo de problemas propios de las organizaciones sociales, pueden producirse en otros ámbitos distintos del laboral (familiar, escolar, vecindario, etc.).

La intervención ante los riesgos psicosociales, como ante los demás, tiene dos vertientes: el tratamiento y la prevención. Tratar los procesos de estrés, a corto plazo, y las enfermedades derivadas de éstos, a largo plazo, no se pueden considerar una intervención preventiva. Los programas de prevención, cuyo núcleo de cambio es el individuo, se focalizan en los efectos en lugar de en las causas, y consiguen escasos resultados. Los programas de prevención cuyo núcleo de cambio son los riesgos, consisten en modificar las condiciones de trabajo e implican combatir el riesgo en el origen.

La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo¹³ pone en evidencia la gran dimensión de este riesgo. El tanto por ciento de mujeres expuestas a diferentes riesgos de la organización del trabajo es el siguiente: Sin horario fijo para empezar o terminar la jornada (25%), trabajo nocturno (12%) trabajo a turnos (21%), jornadas de más de 10 horas (19%), trabajo en domingo (24%), el ritmo de trabajo depende de una máquina (14%), el ritmo depende de normas cuantitativas de producción (21%), sin posibilidad de escoger o modificar el ritmo de trabajo (32%), sin posibilidad de escoger o modificar el método de trabajo (31%), sin posibilidad de escoger o modificar el orden de las tareas (37%), no puede hacer una pausa cuando quieren (48%), respetar normas de calidad precisas (64%), el ritmo depende de la demanda de clientes o usuarios (75%), sin posibilidad de negociar la organización del trabajo ante cambios (23%), sin posibilidad de negociar las condiciones de trabajo (20%) y ninguna jornada de formación en los últimos meses (65%).

En este campo de la salud laboral se interviene poco y mal porque el conocimiento científico y las leyes no son suficientes para promover avances. Además la prevención en origen de los riesgos psico-

sociales entra en conflicto con el actual modelo de relaciones laborales y con las principales tendencias de las estrategias de la dirección de la empresa. Por otra parte se plantea que las condiciones de trabajo que consideramos riesgos psicosociales son inherentes a ciertos trabajos.

Desde el Centro de referencia de ISTAS⁹ de organización del trabajo y salud con sede en Barcelona, se impulsa la realización de evaluaciones de riesgos psicosociales y la participación de los trabajadores y sus representantes en ellas como elemento clave y primer paso de la prevención psicosocial en las empresas. La metodología que desarrolla y aplica para ello es CoPsoQ (Istas21 y psqcat).

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

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

9. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud de CCOO.

ACOSO MORAL EN EL TRABAJO. MOBBING.

Leymann¹⁰ (1990) definió el mobbing como una “comunicación hostil y poco ética dirigida de manera sistemática por una o más personas hacia otra, quien debido a ese acoso psicológico, se ve empujada a una posición de desamparo e indefensión manteniéndose en ella por medio de actividades continuadas de acoso”.

Ya en sus primeras investigaciones, observó que las víctimas informaban de síntomas de enfermedad física y psicológica, en un grado de gravedad que iba mucho más allá de las típicas reacciones de estrés que tradicionalmente se abordan dentro del ámbito de estudio del estrés organizacional. Las víctimas de mobbing podían desarrollar trastornos mentales graves, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno por estrés post-traumático, que daban lugar a cambios de personalidad permanentes.

Es importante subrayar que esa comunicación hostil que se produce, esas acciones, actividades o conductas negativas deben ocurrir sobre una base muy frecuente (al menos una vez por semana) y durante un largo período de tiempo (al menos seis meses). Más que la intensidad de las conductas negativas per se, es precisamente el carácter crónico de la violencia lo que permite distinguir el mobbing de los conflictos interpersonales cotidianos.

Si prestamos atención a algunos de los estudios realizados en este país, los más amplios se corresponden con los realizados por Piñuel y Oñate (2002) y por Piñuel (2004).

En la literatura especializada se han empleado diversos términos para denominar a la violencia psicológica de naturaleza

no sexual que se producen en el lugar del trabajo, tales como el que venimos nombrando, mobbing, bullying (intimidación), work harassment (acoso laboral), abuso emocional en el lugar del trabajo, psicoterrior, acoso Moral en el trabajo (AMT).

En la literatura especializada se han empleado diversos términos para denominar a la violencia psicológica de naturaleza no sexual que se producen en el lugar del trabajo, tales como el que venimos nombrando, mobbing, bullying (intimidación), work harassment (acoso laboral), abuso emocional en el lugar del trabajo, psicoterrior, acoso Moral en el trabajo (AMT).

A partir de este momento, utilizaremos Acoso Moral en el Trabajo (AMT) o simplemente acoso (siempre refiriéndonos al acoso no sexual), por su acepción en español, y que, entendemos, engloba las acepciones más significativas.

En cuanto a la existencia del AMT en las empresas

Hasta la fecha está resultando difícil de establecer si es más frecuente en la empresa pública o privada o si existen diferencias entre ambas. A veces, puede parecer que hay mayor frecuencia de acoso en el sector público, pero es que el privado, en la mayoría de casos está infrarrepresentado.

El mayor riesgo de acoso parece detectarse en los sectores ocupaciones comprometidos con la sanidad, la asistencia social, la educación y los trabajadores de la administración pública, todos ellos forman parte del sector público.

Pero hay varias razones que lo pueden explicar. Los casos de acoso que surgen en la empresa pequeña no trascienden, el trabajador o trabajadora acosada, suele abandonar el lugar de trabajo sin resolver el conflicto entre las partes, pasando

10. Heinz Leymann. Alemania, 1932.

Efectos generales del acoso moral en el trabajo sobre la salud y calidad de vida de los trabajadores.

Nivel Psicopatológico	Nivel Psicossomático	Nivel conductual
Reacciones de ansiedad	Hipertensión arterial	Reacciones auto y heterogéneas
Apatía	Ataques de asma	Trastornos en la alimentación
Reacciones evitación	Palpitaciones cardíacas	Incremento en la ingesta de alcohol y drogas
Problemas de concentración	Enfermedad del corazón	Incremento del consumo de tabaco
Estado de ánimo depresivo	Dermatitis	Disfunción sexual
Reacciones de miedo	Pérdida del cabello	Aislamiento social
Flashbacks	Dolor de cabeza	
Hiperactivación	Dolor de músculos y articulaciones	
Inseguridad	Pérdida del equilibrio	
Insomnio	Migrañas	
Pensamientos intrusivos	Dolor de estómago	
Irritabilidad	Úlceras de estómago	
Falta de iniciativa	Taquicardia	
Melancolía		
Cambios en el estado de ánimo		
Pesadillas recurrentes		

por un acuerdo sobre las condiciones del abandono de la empresa. También es frecuente que el hecho de trabajar en el sector público, que implica disponer de un trabajo seguro de forma indefinida, sea una base generadora de seguridad para el acosador y una forma de perderse en trámites burocráticos para la resolución de los conflictos, en el caso de los que sufren acoso.

Diferencias de género en los casos de AMT

Acosador-Acosadora: Este es un término que está por aclarar. Algunos estudios

sugieren que los hombres aparecen en mayor proporción que las mujeres como acosadores. Pero no está muy clara la interpretación de los mismos.

Víctima: En estos casos, la mayor parte de los estudios determinan que alrededor de un tercio de los hombres y dos tercios de las mujeres aparecen como víctimas de acoso. Y se exponen varias explicaciones:

1. Las mujeres suelen trabajar más en sectores ocupacionales tales como el de la sanidad o educación, en los que se registra mayor número de casos.

2. Las mujeres ocupan en mayor medida que los hombres un estatus de subordinación en la jerarquía laboral y ello puede ser un condicionante importante.

3. Puede tener que ver también con la relación que existe entre la socialización femenina y la asunción de la mujer del rol de víctima, en la medida que ha sido educada para ser menos asertiva y agresiva y más servicial que los hombres.

4. En el terreno de la investigación sobre el estrés y la salud, las mujeres participan más que los hombres, en aquellos estudios donde los problemas de relaciones personales desempeñan un papel importante.

5. Es posible que las mujeres duden menos que ellos a la hora de etiquetarse como víctimas.

Los datos de que disponemos en Extremadura, ya que no se publican datos oficiales, son los obtenidos de la intervención directa, y son los siguientes:

- Los hombres víctimas de acoso en el trabajo, son acosados principalmente por hombres, mientras que las mujeres lo son indistintamente por hombres, mujeres o por ambos.

- La intervención en los casos de acoso que se viene realizando se refiere a empresas del área Pública, principalmente y en gran medida (Administración autonómica, local, Servicio Extremeño de salud), aunque también surgen multitud de casos en la pequeña empresa privada, principalmente en el sector servicios, hostelería y comercio.

- El resultado de el 93% de los casos es desfavorable para la víctima, con la salida de la empresa, a través de un despido, un cambio de puesto de trabajo, de localidad, o de centro.

- En todos los casos, los trabajadores que han estado de baja médica han tenido consideración de su patología como una enfermedad común, y las solicitudes de la Reclamación de la contingencia al INSS¹¹ han resultado denegadas en el 99% de los casos.

- En Extremadura el 87% son mujeres las solicitantes de ayuda, asesoramiento legal o información sobre la intervención sindical en sus empresas.

11. Instituto Nacional de la Seguridad Social

2.4 RIESGO REPRODUCTIVO

Aunque socialmente se le da mayor importancia al tema del embarazo que al de la reproducción, el conocimiento científico evidencia que no podemos abordar las políticas de prevención durante el embarazo, si no lo hacemos desde un ámbito más general y completo como es el de la salud reproductiva, y ello por varios motivos:

- La prevención persigue el objetivo de garantizar la capacidad de procreación, la salud de la mujer y la salud del feto y recién nacido/a.
- Las alteraciones de la reproducción (infertilidad, aborto, malformaciones congénitas...) pueden ser debidas a alteraciones en la información genética de las células sexuales, es decir, por exposiciones anteriores a la concepción o por la exposición laboral de hombres y/o mujeres.

El sistema reproductivo de los hombres y mujeres es particularmente vulnerable a los potenciales efectos de la exposición a determinados factores de riesgo de origen físico, químico, biológico o de naturaleza ergonómica y psicosocial. Estos factores de riesgo, cuando están presentes en el lugar de trabajo, pueden afectar a la salud reproductiva de las mujeres y los hombres expuestos, así como al producto de la gestación y la lactancia.

Los factores de riesgo de origen laboral, pueden tener efectos perjudiciales sobre la fertilidad, es decir, pueden producir alteraciones de la libido, comportamiento sexual, función endocrina, espermatogénesis, y duración de la vida reproductiva. Así mismo pueden afectar a la gestación (abortos espontáneos, defectos congénitos, retraso del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, alteraciones en el desarrollo infantil, etc.).

Además, hay que tener en cuenta, que durante el embarazo se producen en el or-

ganismo una serie de cambios fisiológicos (cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, etc.) algunos de los cuales pueden afectar al desarrollo de la actividad laboral de la embarazada. Asimismo, se tienen que considerar los cambios antropométricos que se producen durante el embarazo, sobretodo el aumento del volumen del abdomen. Todos estos elementos, hasta la fecha, se tienen en muy poca consideración a la hora de acondicionar el puesto de la mujer embarazada.

Los cuatro elementos claves para la intervención en el marco de las empresas en referencia al riesgo reproductivo son:

- Las actuaciones preventivas frente al riesgo reproductivo deben contemplar de forma conjunta la preconcepción y el embarazo y evaluar las exposiciones laborales de hombres y mujeres.
- La evaluación inicial de riesgos debe contemplar el riesgo para la reproducción, e implementar las medidas necesarias para su eliminación o reducción.
- Todas las empresas deben elaborar una relación de puestos de trabajo sin riesgo para el embarazo, previa consulta con la representación sindical.

Las trabajadoras deben recibir información sobre dicha relación.

- Cuando una trabajadora pone en conocimiento de la empresa su situación de embarazo debe realizarse una revisión de la evaluación de riesgo.

3. Riesgos específicos

A pesar de que en nuestra sociedad han avanzado mucho los derechos de las mujeres, todavía persiste de manera muy marcada una diferenciación de roles de género (de las mujeres se espera que sean cuidadoras, de los hombres que sean productivos) y una situación de preponderancia y poder social para los hombres. Así mismo cabe señalar que las mujeres se han incorporado al mercado de trabajo sin cambios sustanciales en cómo y quién realiza el trabajo doméstico; esta realidad social también determina las condiciones del trabajo asalariado y de salud y provoca la aparición de riesgos que afectan principalmente a las mujeres.

DOBLE PRESENCIA

La doble presencia se produce cuando recae sobre una misma persona la necesidad de responder a las demandas del espacio de trabajo doméstico y de trabajo asalariado. La doble presencia como riesgo para la salud está determinada por el aumento de las cargas de trabajo, así como de la dificultad para responder a las demandas del trabajo asalariado y doméstico cuando aparecen de manera simultánea.

Diferentes investigaciones sobre el uso del tiempo han puesto en evidencia que las mujeres trabajan más horas que los hombres si tenemos en cuenta el trabajo doméstico y el trabajo remunerado y que la presencia de hombres y mujeres en

estos ámbitos sigue una distribución totalmente desigual.

De un estudio realizado por el Instituto de la Mujer en el año 2005 sobre la conciliación de la vida familiar y laboral¹² se extraen datos muy relevantes.

Se describe un mundo tradicional constituido por creencias y normas, por identidades y roles que permanecen arraigados en las conciencias y en las prácticas.

Ese mundo tradicional se enmarca en términos duales: en realidad son dos mundos referidos a dos géneros, que comparecen marcados por la lógica de la subordinación de uno a otro. El espacio, el tiempo y sus usos, las creencias, los valores, las normas, las identidades, los estatus y los roles adquieren significados y contenidos diferenciales y asimétricos, jerarquizados según el sexo. Son mundos persistentemente reproducidos en los procesos de socialización más temprana: las identidades y los valores asignados al sexo condensan emociones y afectos profundamente arraigados.

El proceso de construcción y asignación de valores según género está determinado por dos lógicas. Lógicas que se despliegan y asignan de forma diferencial a un sexo y a otro: la lógica (masculina, patriarcal) de la producción y la lógica (femenina, "maternal") de la reproducción.

Esta construcción de identidades se despliega en forma de una ideología que ha

12. Estudio sobre la Conciliación de la Vida Familiar y La vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. MTAS. Instituto de la Mujer. GPI Consultores. 2005

asignado a la mujer la imagen de ángel del hogar. Son ideologías que representan las identidades de género como identidades naturales, y así las reproducen en el proceso de socialización. La operación ideológica básica en este proceso es la naturalización de los roles e identidades sexuales: se representa como natural que la mujer se encargue del cuidado a otros, se plantea como algo biológicamente determinado.

Si el modelo tradicional de estatus, roles e identidades de género permanece, estableciendo de alguna manera un límite a los cambios, ¿podemos realmente afirmar la existencia de una transformación estructural? Quizá nos encontremos ante otra tensión: la que se da entre el discurso (políticamente correcto) de la igualdad y los hechos (es decir, el conflicto entre lo normativo y lo vivido).

Los datos cuantitativos obtenidos de ese estudio de investigación muestran, en primer lugar, una configuración un tanto engañosa de las opiniones recogidas: por un lado, las opiniones muestran una aceptación del cambio social y cultural hacia la igualdad de género (probablemente esta aceptación es más formal que material en una proporción no despreciable de los casos); por otro, ponen en evidencia el arraigo, en absoluto residual, de la tradicional división sexual del trabajo.

Se detecta también, que las mujeres muestran una mayor sensibilidad hacia la igualdad de género. Y esta sensibilidad se incrementa, diferenciándose progresivamente de los hombres a medida que aumenta el nivel de estudios y desciende la edad.

En general, los resultados coinciden en que la Ley de Conciliación¹³ es efectivamente conocida por las empresas y los departamentos de personal. Sin embargo,

surgen divergencias cuando en lo que se refieren a la labor de difusión y facilitación de información sobre los derechos recogidos en la ley realizada en los centros de trabajo.

Lo que está claro es que las empresas adoptan un papel de pasividad, limitándose a informar a los trabajadores y trabajadoras una vez que reclaman sus derechos.

Así mismo diversos estudios han puesto en evidencia que el estado de salud de las mujeres asalariadas empeora a medida que aumenta el número de personas (niños y niñas y personas enfermas) que requieren cuidados en el núcleo de convivencia familiar. Esta relación es mucho más evidente cuando no existe ayuda doméstica pagada. También se ha demostrado que cuando se combina la doble presencia y la realización de trabajos con elevada tensión (exigencias elevadas y bajo control sobre el trabajo) los efectos sobre la salud pueden ser mayores. Por el contrario el empeoramiento del estado de salud a medida que aumentan las cargas familiares no se observa en el colectivo de hombres.

RIESGO PARA EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

La protección de la mujer embarazada o que haya dado a luz recientemente viene recogida de forma específica en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, como una de las obligaciones empresariales de protección de los trabajadores de frente a los riesgos laborales. Así, ante la situación de embarazo se establece la obligación de realizar una evaluación de los riesgos que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o el feto (obligación que se extiende al período de lactancia).

13. Ley 29/1999 de la Conciliación de la vida laboral y familiar.

Si como resultado de dicha evaluación se detecta un riesgo para la seguridad y salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia se debe, en primer lugar, adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo a través de la **adaptación de las condiciones de trabajo** o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada.

En segundo lugar, siempre y cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no sea posible, o a pesar de esta adaptación las condiciones del puesto de trabajo puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.

Finalmente, y en el supuesto de que dicho cambio de puesto de trabajo no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora a la situación de suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo.

Según la normativa vigente¹⁴ se considera situación protegida el período de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados¹⁵.

A partir de 24-03-07, la prestación correspondiente a la situación de riesgo durante el embarazo tiene la naturaleza de prestación derivada de contingencias profesio-

nales, cobrándose por tanto, un subsidio equivalente al 100% de la base reguladora correspondiente. La gestión y el pago de la misma corresponderán a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, a no ser que se tengan contratadas la gestión de las Contingencias Profesionales con la Seguridad Social (como es el caso de los trabajadores y trabajadoras de la Administración).

Actualmente, la realidad viene siendo que las trabajadoras que solicitan a las empresas una evaluación de sus puestos de trabajo, por saberse expuestas a determinados riesgos, y tras la Evaluación de los Servicios de Prevención, son derivadas directamente a la suspensión de sus contratos por riesgo durante el embarazo.

La Evaluación de Riesgos

Los riesgos para la reproducción y la maternidad deben tenerse en cuenta en la evaluación inicial de riesgos. Como resultado de esta evolución debería elaborarse un listado de puestos de trabajo exentos de riesgos para el embarazo, establecido en el Art. 26 de la LPRL.

Hasta la fecha, la normativa española no contempla qué riesgos deben ser evaluados, pero la referencia son los anexos de la Directiva¹⁶ de protección del embarazo y la lactancia que ha sido desarrollada posteriormente por una Comunicación de la Comisión. En el cuadro siguiente se enumeran los riesgos que deben ser evaluados.

14. RD 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

15. Directiva 92/85/CEE del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.

16. Directiva COM (2000) 466 final de la Comisión de las Comunidades Europeas, que desarrolla la directiva 92/85/CEE del Consejo sobre evaluación de agentes químicos, físicos y biológicos así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la seguridad o salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.

Riesgos para la Reproducción y la maternidad que tienen que estar contemplados en la Evaluación Inicial de Riesgos

AGENTES FÍSICOS

Choques, vibraciones o movimientos bruscos

Ruido

Radiaciones ionizantes

Radiaciones electromagnéticas no ionizantes

Temperaturas extremas de frío o calor

Trabajos en atmósfera de sobrepresión elevada por ejemplo en locales a presión durante actividades de submarinismo, trabajo en recintos de aire comprimido...

AGENTES QUÍMICOS

Agentes químicos etiquetados con las frases:

R 40: posibles efectos cancerígenos

R45: puede causar cáncer

R46: puede causar alteraciones genéticas hereditarias

R49: puede causar cáncer por inhalación

R61: riesgo durante el embarazo de efectos adversos para el feto

R64: puede perjudicar a los niños alimentados con leche materna

Mercurio y sus derivados

Medicamentos antimicóticos

Monóxido de carbono

Plomo y derivados

Agentes químicos y procedimientos enumerados en Anexo 1 del RD 665/1997¹⁷

AGENTES BIOLÓGICOS

Exposición a agentes biológicos que pueden provocar abortos o lesiones neurológicas en el feto (Virus de la rubéola y toxoplasma)

Exposición a Agentes biológicos grupos 2,3 y 4 del RD 664/1997 en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligros la salud de las mujeres embarazadas y del niño aún no nacido

RIESGOS ERGONÓMICOS Y PSICOSOCIALES

Manipulación manual de cargas

Posturas y movimientos forzados

Trabajo nocturno y trabajo a turnos

Fatiga mental y física

OTRAS CONDICIONES DE TRABAJO

Equipos de trabajo y equipos de protección individual

Trabajos de minería subterránea

Existencia de zonas de descanso y acceso a lavabos

17. REAL DECRETO 664/1997, de 12 de mayo, protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE núm. 124 de 24 de mayo.

Los elementos clave para la intervención en el marco de las empresas en referencia al riesgo durante el embarazo son:

- Contemplar los riesgos para la reproducción, el embarazo y/o la lactancia en las Evaluaciones iniciales de Riesgos.
- Implementar las medidas necesarias para su reducción o eliminación.
- Elaborar una relación de puestos de trabajo exentos de riesgo para el embarazo y la lactancia, previa consulta con la representación de los trabajadores en materia preventiva (delegados de prevención).
- Facilitar esta información a todas las trabajadoras.
- Cuando una trabajadora ponga en conocimiento de la empresa su situación de embarazo, debe realizarse una revisión de la Evaluación de Riesgos, antes de optar por la opción rápida y más económica (tal y como se viene realizando hasta ahora) de suspender el contrato por riesgo durante el embarazo.

Condiciones de trabajo en las primeras 24 semanas de embarazo pueden determinar bebés pequeños.

Según se publica en el American Journal of Public Health de mayo del 2006, los horarios rotatorios o irregulares, el trabajo nocturno, el hecho de permanecer de pie o levantar cargas pesadas, el ruido y la combinación de altas demandas psicológicas junto con un bajo nivel de apoyo social,

son factores que aumentan las posibilidades de que una trabajadora embarazada dé a luz un bebé pequeño para su edad gestacional (PEG). Sin embargo, si se toman medidas preventivas antes de la semana 24 de embarazo, del tipo de reasignación de tareas o abandono temporal del trabajo, el riesgo disminuye sensiblemente. El estudio ha sido llevado a cabo por el equipo de la doctora Agathe Croteau, de la Université Laval en Québec, Canadá, comparando 1.536 mujeres con niños PEG y 4.441 madres con bebés de tamaño normal.

ACOSO SEXUAL

El acoso sexual es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, denunciado por distintas organizaciones e instituciones y constatado por distintas investigaciones que han evidenciado la existencia, extensión y gravedad del acoso sexual en el ámbito laboral. La consideración del acoso sexual como contrario al principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, como una forma de discriminación por razón de sexo y como una manifestación de la violencia de género, hace incuestionable la necesidad de establecer medidas y estrategias que hagan efectiva la igualdad de hombres y mujeres en el trabajo y erradiquen las conductas contrarias a la dignidad de las mujeres.

Se trata pues, de un comportamiento complejo que se manifiesta de diversas formas, directas e indirectas, de gravedad e intensidad variable, aisladas o continuadas, etc. Estas conductas, que tienen sus orígenes en entornos laborables no saludables, pueden suponer un grave deterioro de la salud para la persona que lo sufre, generalmente las mujeres.

Es imprescindible definir con claridad los conceptos, las conductas, las causas y los efectos del acoso sexual, para una mejor comprensión del mismo y una mayor eficacia en la prevención y en la actuación.

La definición más reciente de acoso sexual, es la que aparece en la Directiva 2002/73/CE¹⁸.

Acoso sexual: la situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual con el propósito o efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

El problema, del Acoso Sexual, es que atañe a muchas mujeres y que según muestran estudios recientes la inmensa mayoría lo padece en silencio, por ello la obligación de establecer medidas para conseguir la igualdad de hombres y mujeres en el trabajo y erradicar las conductas contrarias a la dignidad de las mujeres.

La lucha contra la violencia en el lugar de trabajo ha de constituirse en un eje básico de las políticas de intervención social y de las manifestaciones que se realicen a través de los diferentes agentes sociales. Estas medidas de intervención deberán ir encaminadas, fundamentalmente, a erradicar la violencia, mediante la **prevención de los actos violentos**, a través de la **sensibilización** de los trabajadores y trabajadoras sobre la gravedad del problema y de una educación basada en la igualdad y la no discriminación por razón de sexo, a sancionar conductas violentas, como otra forma de prevención, por su fuerza persuasiva y a paliar los efectos que los actos violentos producen en las víctimas.

18. Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 23 de Septiembre de 2002 que modifica la Directiva 76/2007/CEE del Consejo relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesional y a las condiciones de trabajo.

4. Estrategias de acción sindical

PARTICIPACIÓN

La participación de las mujeres en la Prevención de Riesgos Laborales es esencial para que sus preocupaciones se tengan en cuenta a la hora de realizar el análisis de sus condiciones de trabajo y para fomentar su implicación en la acción colectiva necesaria para transformar esas condiciones.

Como es bien conocido, y la experiencia ha demostrado, es imprescindible que los marcos generales de intervención se concreten en cada uno de los sectores y centros de trabajo y es así mismo fundamental elaborar un marco de intervención que incorpore las diferencias de género a la metodología preventiva de forma que se consiga una completa perspectiva y visibilidad de las necesidades de las mujeres y su salud.

En la práctica general de la prevención, es imprescindible la participación de trabajadores y trabajadoras, tanto por el conocimiento sobre el trabajo que realizan y cómo lo realizan, como por ser un elemento indispensable para que las personas adultas se impliquen en intervenciones preventivas. Además, no podemos olvidar que el tema que estamos tratando es un imperativo legal (la salud en el trabajo). Cuando nos referimos a colectivos laborales discriminados nuestras estrategias y planes de trabajo para conseguir la participación deben ser más intensos y planificados ya que los obstáculos son mayores.

Dos ideas claves para la participación son:

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

EVALUACIONES DE RIESGOS INCLUYENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

No se trata de hacer una Evaluación de Riesgos en general y después hacer una evaluación específica de los puestos ocupados por mujeres, como si fueran un colectivo de trabajadores “especialmente sensibles” o un “grupo de riesgo”. Se trata, entonces, de introducir la dimensión de género de forma transversal.

La identificación de los riesgos debe hacerse a partir de la situación real de trabajo, no sólo partiendo de la definición del puesto, la categoría profesional, o la descripción formal de tareas. En la práctica suele haber una diferencia importante entre la descripción teórica del puesto y la actividad real del trabajo.

La evaluación de riesgos deberá tener en cuenta los aspectos de los géneros, sus diferencias y desigualdades. El trabajo, su organización y los equipos usados debe-

rían estar diseñados para adaptarse a la gente, y no al revés. Este principio está inscrito en la legislación comunitaria. La legislación exige a los empresarios efectuar una gestión del riesgo basada en evaluaciones, y esto puede dividirse en cinco etapas:

1. Identificación de riesgos
2. Evaluación de riesgos
3. Puesta en práctica de soluciones
4. Supervisión
5. Análisis

Concretando las premisas anteriores, podemos formular los siguientes planteamientos:

- Se deben evaluar los puestos ocupados por mujeres, teniendo en cuenta las diferencias de sexo (biológicas) y de género (sociales).
- Las evaluaciones de riesgos deben contemplar el conjunto de los riesgos: seguridad, higiene, ergonomía y psicosociales.
- En las Evaluaciones de Riesgos se tendrán en cuenta los riesgos específicos de género: acoso sexual, doble presencia, etc.

NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Tras la identificación de problemas llegan las soluciones, la intervención directa.

Los problemas, las propuestas y las prioridades se deben discutir y acordar en el marco de las estructuras sindicales: secciones sindicales, comité de empresa, estructura del sector, de la federación. No se está tratando un tema exclusivo de muje-

res, de delegadas y delegados sindicales y/o de prevención: es un tema vital de la acción sindical.

La negociación colectiva es el marco más favorable donde los agentes sociales deben aportar elementos de prevención y dar respuesta a las demandas respecto a la igualdad de oportunidades y la salud en el trabajo¹⁹.

En líneas generales la Negociación Colectiva debe:

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

19. Acuerdo interconfederal para la NC 2003. Consideraciones generales y buenas prácticas sobre igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la negociación colectiva.

En el campo de la salud laboral, la función principal de los delegados y delegadas sindicales es compartir la experiencia fragmentada de los trabajadores de ambos sexos, hombres y mujeres, acerca de las condiciones de trabajo, de manera que se pueda realizar una triple transformación:

- Hacer visible lo invisible.
- Convertir lo individual en colectivo.
- Transformar la percepción en acción.

En los Convenios Colectivos que se negocian en nuestra región debe impulsarse la

incorporación de cláusulas de género que tengan que ver con:

- La participación de la mujer en los sindicatos y la NC.
- La importancia de la estructura negociada procurando la cobertura de todos los sectores del mercado de trabajo.
- La Negociación de Planes de Igualdad adaptados a cada empresa y en los que se contemplen entre otros términos, los referentes a SL desde una perspectiva de género.

5. Conclusiones

- La argumentación legal de la Prevención de Riesgos Laborales se hace con un enfoque NEUTRO, desde el punto de vista del género, que toma las cuestiones de salud de un trabajador o trabajadora ABSTRACTO, cuyo referente tipo es la normalidad del trabajo masculino.

- Se encuentran muchas dificultades para el RECONOCIMIENTO DEL DAÑO, debido en parte a que las mujeres suelen estar sometidas a patrones de exposición que hacen que sus efectos sean de tipo **multicausal y complejo**. En muchos casos, la sintomatología laboral de las mujeres se relaciona con situaciones personales, extralaborales, o se asocian con causas psicológicas. En estos casos, las contingencias pasan a gestionarse por la Seguridad Social, como una enfermedad común, con el consiguiente perjuicio económico (en la mayoría de los casos) y de reconocimiento de la patología como laboral en todas ellas.

- El tratamiento de la información que muestra la diferente atención que se presta a los riesgos laborales de los hombres y las mujeres. Por ejemplo, en las estadísticas de siniestralidad que publica mensualmente la Junta de Extremadura, no aparece la variable de sexo, o el tipo de patología.

- Esto dificulta mucho la intervención para la prevención en el origen, ya que no es posible conocer cuántos hombres y mujeres han sido diagnosticados de enfermedades profesionales, de tipo músculo-esquelético, por ejemplo, en qué rama de actividad trabajan o cuáles son las ocupaciones con mayor número de casos en cada sexo.

- Ciertas limitaciones preventivas con método. Hasta la fecha, en prevención se viene prestando una atención predominante a los riesgos de exposición fuertemente masculinizados: la manipulación manual de cargas, el polvo, ruido, temperaturas, etc. Viene resultando muy complicado participar de forma responsable en Evaluaciones de Riesgo Ergonómico y ni que decir tiene la escasísima intervención que se está realizando en las Evaluaciones de Riesgo Psicosocial, en las que se encuentran expuestas la inmensa mayoría de las mujeres.

En resumen, adoptar un enfoque neutro en cuanto a política y legislación ha contribuido a que se destinen menos recursos y menos atención hacia los riesgos laborales de las mujeres y su prevención.

Promover la igualdad debe ser un área prioritaria de la política autonómica y esto incluiría igualdad en las condiciones de trabajo. Por otra parte, proporcionar puestos de trabajo seguros y saludables forma parte del objetivo de mantener la empleabilidad.

Las directivas, recomendaciones y límites de exposición deberían desarrollarse y evaluarse bajo ese prisma, y se requieren métodos con más sensibilidad de género para poner en práctica las recomendaciones y normativas.

6. Bibliografía

DOCUMENTOS CONSULTADOS

- **Guía Sindical para la eliminación de PCB. Disruptores Endocrinos: un nuevo riesgo tóxico.** Dolores Romano y Estefanía Blount. *Istas y Confederación Sindical de CCOO.* 2003.
- **NTP 657. Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales.** Sofía Vega Martínez. *INSHT.*
- **NTP 658. Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (II): recomendaciones preventivas.** Sofía Vega Martínez. *INSHT.*
- **NTP 476 el hostigamiento psicológico en el trabajo.**
- **NTP 703: El método COPSQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales.**
- **La Prevención del Riesgo Químico en el lugar de Trabajo. Guía para la intervención.** *Istas.* 2004.
- **Guía para la Sustitución de sustancias Peligrosas en la empresa. Manual práctico para la intervención.** *Istas* 2005.
- **Lipoatrofia Semicircular. Protocolo de Actuación.** *Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Departament de Salut; Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública.* 2007.
- **Guía para la mejora de las condiciones de salud y trabajo de las Mujeres. Salud, Mujeres y trabajo.** *Secretaría Confederal de la Mujer de CCOO y Secretaría confederal de Medioambiente y Salud Laboral de CCOO.* 2004.
- **EPA tercer trimestre 2007.**
- **Guía en PRL, reproducción y Maternidad.** *CCOO de Madrid.* 2006.
- **Análisis del mercado de Trabajo desde una perspectiva de género en Extremadura.** *UR de CCOO de Extremadura, IMEX, Fondo Social Europeo y Consejería de Cultura.* 2007.
- **La Salud de la mujer trabajadora en Europa. Desigualdades no reconocidas.** *Laurent Vogel. Istas* 2006.
- **Efectos de los riesgos ocupacionales en la salud reproductiva de la mujer.** *NIOSH. Num de publicación 99-104.*
- **Acuerdo interconfederal para la NC 2003. Consideraciones generales y buenas prácticas sobre igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la negociación colectiva.** *Cuadernos de información sindical n. 36 CCOO Madrid* 2003.
- **El género en los Convenios Colectivos de la Federación de CyT de CCOO.** 2007.

- **Mercado de Trabajo, pobreza y género. Nuevos enfoques.** 2004. Coral del Rio. Universidad de Vigo.
- **Impacto de las EEPP.** *Istas 2007.* Ana Ma García, Rafael Gadea, Vicente López.
- **La Inclusión de los aspectos de género en las Evaluaciones de Riesgos.** *FACTs. Agencia Europea para la Seguridad y salud.* 43.
- **Estudio sobre la Conciliación de la vida familiar y laboral. Situación actual, necesidades y demandas.** *Instituto de la Mujer.* 2005.
- **Informe sobre salud y Género.** *Ministerio de Sanidad y consumo. Observatorio de Salud de la Mujer.* 2005.
- **Mobbing Género y Salud.** *Instituto de la Mujer 2003-2006.*
- **Instrumentos para la Igualdad de Género.** *OIT.*
- Guías sindicales sobre SL elaboradas por los Gabinetes de Salud Laboral en otros territorios.
- Cuadernillo información sindical:
 - **Cuidándote tú, cuidas a tu bebé.** *UR de Castilla la Mancha. Gabinete de Salud Laboral, Drogodependencias y Medioambiente.*
 - **Mujer y Salud Laboral.** *UR de Castilla la Mancha. Gabinete de Salud Laboral.*

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

www.stas.net

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud de CCOO.

www.istas.net/ecoinformas

Prevención de Riesgo Químico.

www.ccoo.es

http://www.comfia.net/faq/mujerconsulta/

Preguntas Frecuentes sobre SL y Mujer. Federación de Banca, Oficinas y Despachos.

www.mtas/insht

Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

www.seg-social.es

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Seguridad Social.

http://www.mujerextremadura.com/

Instituto de la Mujer de Extremadura. IMEX.

http://www.mtas.es/mujer/

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/generoSalud/home.htm

Ministerio Sanidad y Consumo. Protección de la Salud. Mujeres.

http://www.cdc.gov/spanish/niosh/index.html

Instituto Nacional de Seguridad y Salud ocupacional EEUU.

H:\SL Y GÉNERO\perspectiva de género OIT.htm

Instrumentos para la igualdad de género. OIT.

http://www.ilo.org/public/spanish/gender.htm

Oficina para la igualdad. OIT.

http://www.easp.es/redgenero/web/esp/index.asp

Red de Investigación en Salud y Género.

www.drscope.com

Fibromialgia.

www.afibrom.org

Fibromialgia.

www.obsym.org

Observatorio de Salud y Mujer.

www.medicinainformacion.com

http://www.ugt.es/slaboral/principal.htm

Unión General de Trabajadores. Salud Laboral.

LEGISLACIÓN

LEY 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley 30/2003 de 14 de Octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno.

LEY ORGÁNICA 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

LEY 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

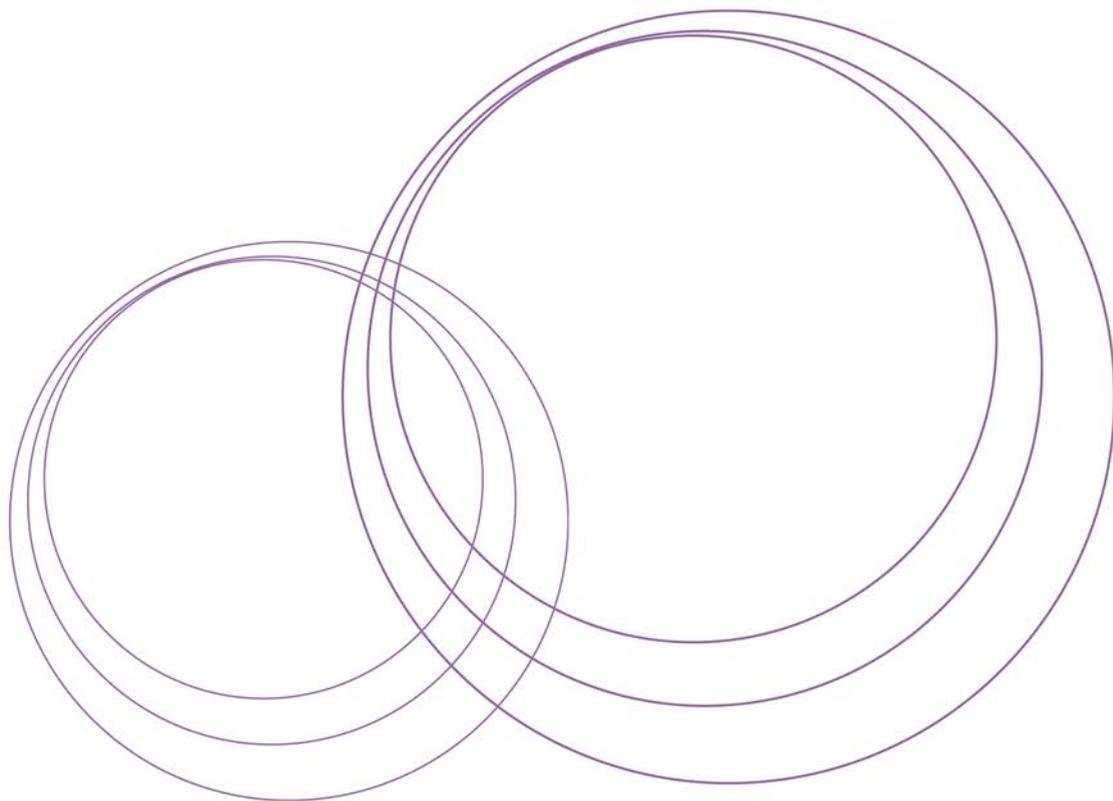
REAL DECRETO 1488/1998 de 10 de julio, de adaptación de la legislación de prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado.

Directivas 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE, relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal

REAL DECRETO 1251/2001 de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

LEY ORGÁNICA 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobada por el Consejo de Ministros, de 29 de junio de 2007, presentada por el ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, tras ser asumida por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



**Gabinete de Salud Laboral,
Medioambiente y Drogodependencias
De CCOO de Extremadura**

C/General Yagüe, 2
10001 Cáceres
Tf.: 927 22 72 79

Avda. Ramón y Cajal, 4
06001 Badajoz
Tf.: 924 22 32 48/49



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Igualdad y Empleo