

Seguridad y salud en el trabajo

Nº 120 • Marzo 2025

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SST



El INSST reivindica la urgencia de integrar la perspectiva de género para garantizar entornos laborales seguros y saludables para mujeres y hombres

En el marco de la conmemoración del Día Internacional de la Lucha por los Derechos de las Mujeres, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) ha celebrado una Jornada Técnica que, bajo el título de **“Integración de la perspectiva de Género en seguridad y salud en el trabajo”**, ha profundizado en las oportunidades y desafíos que enfrentamos para avanzar en una cultura de prevención que contemple los determinantes de género.

La jornada, inaugurada por Aitana Garí Pérez, directora del INSST, y clausurada por Joaquín Pérez Rey, secretario de Estado de Trabajo, ha contado con la participación de representantes de organizaciones empresariales y sindicales, además de miembros de la Plataforma por un Empleo de Hogar y Cuidados con Plenos Derechos de Madrid o de la Fundación Laboral de la Construcción, así como de los Institutos autonómicos de seguridad y salud en el trabajo, como Osalan (Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales) e ISSGA (Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia). Asimismo, también ha intervenido la genetista y ergonomista Karen Messing, profesora emérita de la Universidad de Quebec (Canadá) y reconocida referente en la investigación de la relación entre salud, trabajo y género.

En la jornada se ha destacado la urgencia de mejorar el conocimiento que correlaciona las condiciones de

trabajo de las mujeres con los daños a la salud que sufren, tanto en investigación como en la actuación preventiva en las empresas. Se ha puesto el foco en que el sexo (especificidades biológicas) y el género (roles sociales y económicos) determinan en gran medida la inserción de las personas trabajadoras en el mercado laboral y sus efectos sobre la salud, profundizando en algunos de los problemas de salud laboral resultantes y la manera de prevenirlos.

Se ha profundizado en sectores y actividades laborales muy feminizadas, en las que se debe mejorar el nivel de protección con un enfoque de género real.

Se ha concluido que la visión sesgada que toma al hombre como persona trabajadora de referencia ha provocado una infravaloración de los riesgos a los que están expuestas las mujeres y esto dificulta el desarrollo de la protección adecuada de las mismas.

Con esta Jornada, enmarcada en el objetivo 5 de la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) para la inclusión del enfoque de género en la prevención de riesgos laborales, el INSST reafirma su compromiso con la creación de entornos laborales cada vez más seguros y saludables para todas las personas.



EDITA

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O. A., M. P.
C/Torrelaguna,73
28027 Madrid
Tfno: 91 363 41 00
E-mail: dpto.comunicacion@insst.mites.gob.es
revista@insst.mites.gob.es
Web: <http://www.insst.es>

DIRECTORA

Aitana Garí Pérez

CONSEJO EDITORIAL

Aitana Garí Pérez
José Miguel de Domingo Casado
Rebeca Martín Andrés
Pilar Cáceres Armendáriz
José Ramón Martín Usabiaga
Montserrat Solórzano Fàbrega
Olga Sebastián García
Beatriz Diego Segura
Emma Mauriz Osorio

CONSEJO DE REDACCIÓN

Marcos Cantalejo García
María Tamara Parra Merino

REALIZACIÓN EDITORIAL

PUBLICIDAD Y SUSCRIPCIONES

CYAN, Proyectos Editoriales, S.A.
C/Infanta Mercedes, 62
28020 Madrid
Tel: 915 320 504
e-mail: cyan@cyan.es
<http://www.cyan.es>

GESTIÓN COMERCIAL Y DE MARKETING

cyan@cyan.es

NIPO (en línea): 118-20-037-8
NIPO (pasa-páginas): 118-20-038-3
I.S.S.N.: 1886-6123

Las opiniones contenidas en los artículos publicados en la revista Seguridad y Salud en el Trabajo pertenecen a las personas que los han elaborado y no coinciden necesariamente con los criterios técnicos del INSST. Su inclusión en la revista responde a la voluntad de ofrecer al público la información más variada posible en materia de seguridad y salud en el trabajo. Queda prohibida la reproducción total o parcial con ánimo de lucro de los textos e ilustraciones sin previa autorización (RD Legislativo 1/1996, de 12 de abril, de Propiedad Intelectual).

04 EDITORIAL

Integración de la perspectiva de género en seguridad y salud en el trabajo

05 SECCIÓN TÉCNICA

Los trabajos de mujeres y hombres: conceptos clave en cifras

Ángeles de Vicente Abad

Integrar la perspectiva de género en prevención de riesgos laborales: una oportunidad para una actuación más eficaz y equitativa

Aitana Garí Pérez

Exposición laboral a agentes reprotóxicos: una mirada con perspectiva de género

Cristina Arrimadas Berzosa, Lucía Ugena Díaz

Exposición a riesgos psicosociales del personal sanitario: una cuestión de género

Mireia Utzet Sadurní

Balance de la doctrina judicial para el reconocimiento de las enfermedades profesionales de las camareras de piso: la importancia de aplicar la perspectiva de género en los trabajos feminizados

Ana Castro Franco, Carolina Martínez Moreno, Henar Álvarez Cuesta, Carmen Grau Pineda

La masculinidad tradicional y la prevención de riesgos laborales

Josepxu Riviere Aranda, Iván Martínez del Cerro

62 ENTREVISTAS

Yolanda Díaz. El Real Decreto 893/2024

María Barturen, experta en derecho laboral

72 PRL EN ACCIÓN

Buenas prácticas para la introducción de la perspectiva de género en la evaluación de riesgos laborales: el caso de SASOI Bienestar Laboral en Salto Systems

María Urquijo Rodríguez, Diana Torremocha García, Mari Carmen Romero Carrión, Izaskun Manjón Álvarez

Evento internacional sobre género y seguridad y salud en el trabajo organizado por el ETUI: *integrating gender into occupational health and safety*

Marina Ortiz López, Jimena Cazzaniga Pesenti, Pilar Frey Martínez, Carina Liarte Zwaan, Irene Otero Jiménez

88 RECURSOS

Formación en línea del INSST sobre perspectiva de género en salud laboral

Marina Ortiz López

Integración de la perspectiva de género en seguridad y salud en el trabajo

No es casual que el número monográfico de nuestra revista Seguridad y Salud en el Trabajo, en esta ocasión, sea sobre género. Y es que, a pesar de que España ocupa el cuarto puesto en el Índice de Igualdad de Género 2024 de la Unión Europea, siguen existiendo grandes brechas entre mujeres y hombres que muestran una de sus manifestaciones más claras en el ámbito laboral: mayores tasas de desempleo y empleo a tiempo parcial en las mujeres, más presencia en sectores precarizados y más dificultades para la promoción profesional, con menor presencia que los hombres en puestos de dirección y toma de decisiones.

El ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo (SST) también se encuentra marcado por estas brechas, derivadas de la división sexual del trabajo y de la tradicional consideración de que las mujeres desarrollaban profesiones "seguras", con menor exposición a riesgos y de menor gravedad que los hombres. Como consecuencia, la protección de las mujeres en el trabajo ha obtenido una menor atención, lo que ha tenido importantes efectos tanto en la gestión de los riesgos como en los daños a su salud. Uno de los ejemplos más claros es el de la problemática que enfrentan los sectores y colectivos feminizados, relacionados con los cuidados y con el sostenimiento de la vida, como el sanitario y sociosanitario o el de las camareras de piso. Los datos estadísticos nacionales ponen de manifiesto la segregación que existe en nuestro mercado de trabajo y permiten establecer relaciones entre las brechas de género y la salud de las mujeres.

Durante años, la única atención específica que han recibido las mujeres en PRL ha estado relacionada con el embarazo y la lactancia, con un abordaje más proteccionista que preventivo. La mirada de género aplicada a la seguridad y salud en el trabajo implica sacar de la invisibilidad las condiciones de trabajo de las mujeres y superar los estereotipos que siguen relegándolas, casi en exclusiva, al rol de madres y cuidadoras. Pero ampliar la mirada de género también implica tener en cuenta cómo influyen los modelos de masculinidad tradicional en la gestión de los riesgos laborales o en las conductas de riesgo en el trabajo.

Actualmente, esta situación se está abordando de forma cada vez más decidida. Así, la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) aborda como uno de sus objetivos prioritarios (Objetivo 5) la integración de la perspectiva de género en la SST.

También se están produciendo importantes avances normativos. Es el caso del Real Decreto 893/2024, que reconoce nuevos derechos laborales a las personas trabajadoras del sector del empleo doméstico, o el Real Decreto 612/2024, que ha supuesto un gran avance al incluir en su ámbito de aplicación, por primera vez, a los agentes reprotóxicos, introduciendo la necesidad de proteger la reproducción en el ámbito laboral antes de la concepción y teniendo en cuenta no solo a las mujeres sino, también, a los hombres.

Por su parte, las empresas van siendo cada vez más conscientes de su responsabilidad en este ámbito. Los Planes de Igualdad suponen una importante oportunidad para la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales y existen ya algunos ejemplos y buenas prácticas empresariales en la gestión de los riesgos laborales con perspectiva de género.

Por último, las Administraciones públicas tenemos una gran responsabilidad como referentes sociales y motor de transformación de la sociedad. En esta línea, en el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), creemos que la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales constituye una gran oportunidad para construir entornos de trabajo más seguros y saludables para todas las personas, independientemente de su género, pero, también, de otros factores que interaccionan con él como la edad, la raza, la condición de discapacidad, la orientación sexual, etc. Tenemos un firme compromiso con este propósito, que nos está llevando a impulsar cambios normativos junto al Ministerio de Trabajo y Economía Social, participar en encuentros nacionales e internacionales, sensibilizar y formar a profesionales de la PRL en materia de género y un largo etcétera de acciones que no han hecho más que empezar. Un compromiso que hoy se materializa en este número monográfico de nuestra revista, con el que pretendemos poner sobre la mesa algunas de las cuestiones que más preocupan actualmente en este ámbito. El INSST forma parte de la solución a este problema que ha generado una deuda histórica con las mujeres de nuestro país. ●

Los trabajos de mujeres y hombres: conceptos clave en cifras

Ángeles de Vicente Abad

Departamento de Investigación e Información. INSST

Este artículo examina la segregación horizontal y vertical del mercado de trabajo y su impacto en la diferente exposición a riesgos laborales de mujeres y hombres, a partir de los datos fiables y robustos que ofrecen las fuentes estadísticas nacionales.

Las mujeres y los hombres se concentran en sectores, actividades y ocupaciones distintos. La diferenciación por género en el acceso a determinados sectores y ocupaciones, la asignación de tareas y las condiciones de empleo determinan que hombres y mujeres estén expuestos a riesgos diferentes o con intensidades y frecuencias variables.

Los datos muestran que algunas de las actividades y ocupaciones más feminizadas son, precisamente, las de menor valoración social y mayor incidencia de determinados riesgos, como los psicosociales, los movimientos repetitivos y las posturas forzadas. Además, los números señalan que las mujeres enfrentan barreras tanto para acceder a puestos de dirección como para abandonar puestos manuales. Igualmente, experimentan mayor conflicto trabajo-familia, dificultando la conciliación entre el trabajo remunerado y no remunerado y acentuando la brecha de género en el mercado de trabajo.

INTRODUCCIÓN

La **división sexual del trabajo** es un fenómeno social observable que se construye sobre la base de estereotipos y roles de género, de forma que asigna a las mujeres el trabajo reproductivo (los

trabajos domésticos y de cuidados) y a los hombres el trabajo productivo. Cabe resaltar que el trabajo reproductivo se considera de menor valor social que el productivo, a pesar de que ambos son necesarios para la vida humana y para la organización de la sociedad.

Este esquema de organización social presenta matices y diferencias entre países y momentos históricos. En el contexto actual del mercado de trabajo español, las mujeres están también presentes en el ámbito productivo y lo que tradicionalmente se ha considerado trabajo



reproductivo, como es el cuidado de personas o tareas domésticas como la limpieza, forma parte de los trabajos asalariados. Sin embargo, persiste un patrón que sigue siendo central en la división sexual del trabajo: la distribución desigual del trabajo de cuidados y su escasa valoración social. El trabajo de cuidados sigue siendo realizado, de forma mayoritaria, por las mujeres, ya sea remunerado o no.

La división sexual del trabajo es la estructura social que origina y perpetúa las segregaciones (horizontal y vertical) en el mercado laboral.

Para diseñar estrategias y acciones preventivas eficaces y equitativas es fundamental conocer en profundidad el trabajo que desempeñan hombres y mujeres, ya que la segregación de los trabajos y tareas influye directamente en la exposición a riesgos laborales.

SEGREGACIÓN HORIZONTAL

La segregación horizontal es la concentración de trabajadores o trabajadoras en determinados sectores, actividades u

ocupaciones. La Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE) nos permite analizar el número de mujeres y hombres, en España, ocupado en cada sector o actividad,

Gráfico 1. Distribución de hombres y mujeres por sector. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

de forma que podemos identificar las actividades más feminizadas y las más masculinizadas (véase el gráfico 1).

La construcción, el sector primario y la industria emplean a muchos más hombres que mujeres: son sectores masculinizados; mientras que las mujeres son mayoría en el sector servicios. Dicho sector, en su globalidad, no se puede considerar que esté feminizado, pero ocupa a más de 16 millones de personas e incluye una amplia diversidad de actividades. Si se pretende realizar un análisis con perspectiva de género, es necesario mirar en detalle su composición para apreciar los matices (véase el gráfico 2).

Como se observa en el gráfico 2, la posibilidad de conocer los datos desagregados por la variable sexo nos desvela una información adicional con la que podemos intuir exposiciones a riesgos diferentes en función del área de actividad.

Las actividades más feminizadas del sector servicios son el servicio doméstico,

la sanidad y servicios sociales, y la educación. Por su parte, las más masculinizadas son el transporte y almacenamiento, y el sector de la información y comunicaciones.

Una de las segregaciones laborales más destacables es la concentración de mujeres en sectores y actividades que se ocupan del cuidado de personas dependientes: personas mayores, menores o con diversidad funcional. También existe una alta presencia femenina en trabajos de limpieza, en todos los sectores y actividades. Todas estas actividades tienen en común su poca valoración social (CES, 2018), que se ve reflejada en sus malas condiciones de empleo y de trabajo en comparación con los trabajos masculinizados.

Igualmente, puede existir **segregación horizontal en un mismo puesto** de trabajo mediante la asignación diferenciada de tareas a hombres y a mujeres o mediante tareas que ambos realizan, pero en distinta intensidad y

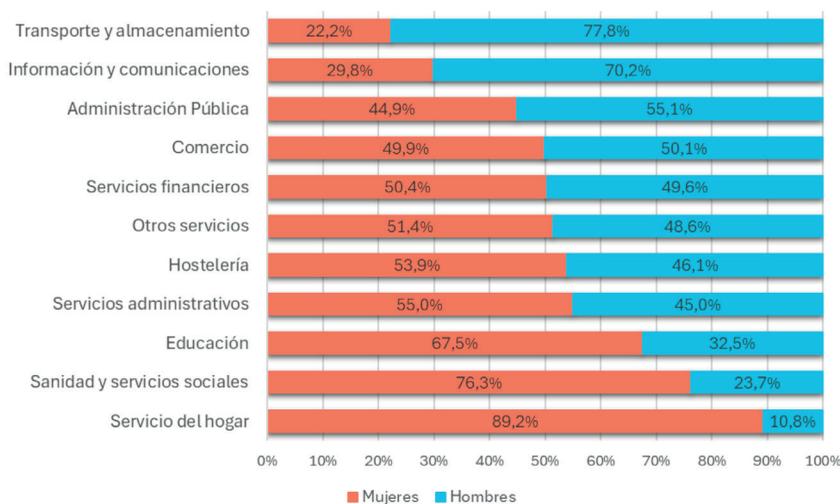
frecuencia. Karen Messing, profesora de la Universidad de Quebec y pionera en la investigación de salud laboral y género, estudió distintos puestos de trabajo en los que se daba esta segregación por tareas (1999). Uno de los ejemplos que citaba era en la cadena de despiece de pavo, donde se asignaban las tareas de acabado y limpieza de la pieza a las mujeres, mientras que a los hombres les correspondían los trabajos de enganche y corte de piezas. Así, las mujeres realizaban con más frecuencia las tareas más exigentes en cuanto a precisión y calidad, pero en posturas más estáticas y con ritmos acelerados. Los hombres, por su parte, realizaban operaciones con aplicación de mayor fuerza en los cortes, lo que implicaba tareas más dinámicas y que exigían movimientos más amplios.

SEGREGACIÓN VERTICAL

La segregación vertical es la distribución desigual de mujeres y hombres en la estructura jerárquica, dando lugar a una baja representación de las mujeres en puestos de decisión y liderazgo de cualquier sector, como son los puestos de dirección y gerencia, mientras que tienen mayor representación en puestos técnicos, científicos e intelectuales, ocupaciones administrativas, personal de servicios y ocupaciones elementales. Entre las ocupaciones elementales se incluye el empleo doméstico interno y externo, otras actividades de limpieza como las camareras de piso o las personas que recogen residuos urbanos, es decir, se trata de ocupaciones manuales (véase el gráfico 3).

La segregación vertical se asocia a los fenómenos conocidos como “techo de cristal” y “suelo pegajoso”. El techo de cristal se refiere a las dificultades que enfrentan muchas mujeres profesionales para acceder a cargos directivos. El suelo pegajoso habla de los obstáculos que

Gráfico 2. Distribución de hombres y mujeres por actividad en el sector servicios. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

Gráfico 3. Distribución de hombres y mujeres por ocupación. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

Gráfico 4. Distribución de ocupaciones en hombres y mujeres en el conjunto de los sectores. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

encuentran frecuentemente las mujeres para abandonar los puestos de trabajo con peores condiciones de empleo y trabajo, por ejemplo, con mayor temporalidad o peor remuneración.

Entre las principales barreras que actúan de forma invisible bloqueando la promoción profesional de las mujeres destaca el hecho de que siguen siendo ellas quienes asumen mayoritariamente

las responsabilidades familiares, aunque hay otros obstáculos socioculturales y económicos que les impiden escalar en la estructura jerárquica.

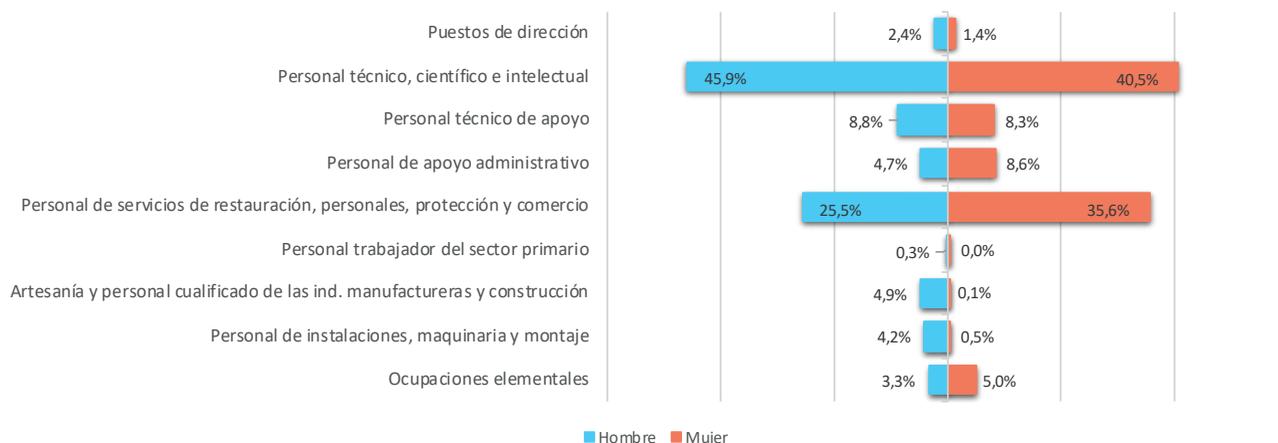
SEGREGACIONES SIMULTÁNEAS

Las segregaciones horizontal y vertical se producen simultáneamente y, para comprobarlo, haremos un doble ejercicio estadístico.

En primer lugar, mostraremos la distribución porcentual de las ocupaciones, tanto en la población trabajadora femenina como en la masculina, mediante una pirámide en cuya base están las profesiones elementales y en la cima las de dirección (véase el gráfico 4).

De cada 100 hombres, 15 ocupan puestos de personal técnico, científico e intelectual y 5 llegan a cargos de

Gráfico 5. Distribución de ocupaciones en hombres y mujeres en el sector de sanidad y servicios sociales. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

liderazgo; mientras que, de cada 100 mujeres, 24 ocupan puestos de personal técnico, científico e intelectual y solo 3 ascienden a cargos de liderazgo. Llegar a dirigir equipos u organizaciones es más difícil para las mujeres. Por otra parte, en ocupaciones elementales se encuentra el 9,5 % de los hombres y el 15,4 % de las mujeres.

Ahora bien, probemos este ejercicio en una de las actividades en las que están predominantemente ocupadas las mujeres: sanidad y servicios sociales. En este sector hay un 76,3 % de mujeres y un 23,7 % de hombres, por lo que la probabilidad de que los puestos de dirección se ocupen más habitualmente por mujeres que hombres es necesariamente alta. Comprobemos qué pasa en el gráfico 5.

Los puestos de dirección están ocupados por el 1,4 % de las mujeres trabajadoras de este sector y por el 2,4 % de los hombres. Mientras que en las ocupaciones elementales se encuentra el 5,0 % de las mujeres frente al 3,3 % de los hombres. Por lo que, incluso en este sector

tan feminizado, se produce, de nuevo, segregación vertical y los fenómenos de techo de cristal y suelo pegajoso.

Teniendo en cuenta que un requisito fundamental para desempeñar la jefatura de un servicio hospitalario, un centro de salud o un servicio de enfermería es tener la titulación correspondiente, comprobemos las probabilidades de que las personas (mujeres y hombres) asciendan con la misma capacitación. En España hay 611.000 mujeres trabajando en puestos técnicos, científicos e intelectuales en el sector sanitario y de servicios sociales, mientras que son 215.000 hombres con la misma categoría profesional. Tres veces más mujeres que hombres. En cambio, las probabilidades de que ellos asciendan, teniendo en cuenta este requisito, son mayores, en concreto un 5,1 % respecto a un 3,3 %¹.

1 Número de personas (mujeres u hombres) en puestos de dirección dividido entre la suma de personas (hombres o mujeres) en puestos de dirección y de personal técnico, científico e intelectual, multiplicado por cien.

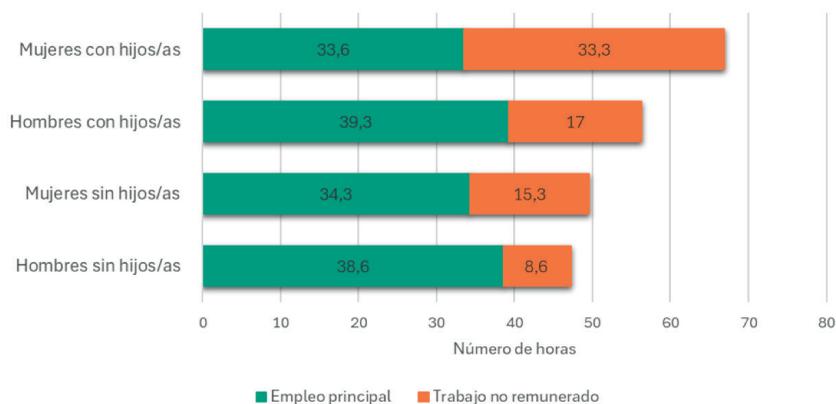
TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO

Otra de las características de la división sexual del trabajo es que el trabajo en el ámbito familiar no remunerado (cuidado de personas dependientes y tareas domésticas) sigue siendo una responsabilidad, principalmente, asumida por las mujeres (INSHT, 2017 y CES, 2018). Esto genera una exposición intensa al conflicto trabajo-familia, también denominado “doble presencia”², para las trabajadoras. En el gráfico 6 se observa cómo la mujer dedica más tiempo total al trabajo, tanto si tiene hijos/as como si no. En este sentido, si sumamos las jornadas del trabajo remunerado y las del no

2 “La doble presencia introduce en el análisis de la ‘carga total’ de ambos tipos de trabajos (el remunerado y el de cuidados familiares no remunerado) una dimensión cualitativa de las exigencias, es decir, no se trata solo de la cantidad de trabajo/tareas y de tiempo invertido, sino también del esfuerzo de gestión y organización del conjunto del trabajo, con la dificultad que supone encajar los distintos tiempos y actividades” (INSST, 2023a).



Gráfico 6. Tiempo en horas semanales dedicado al trabajo remunerado y sin remunerado, por sexo y existencia o no de hijos e hijas



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS - España (INSHT, 2017)

remunerado, la jornada laboral total de las mujeres es más larga que la de los hombres.

Cuando tienen descendencia, los hombres aumentan su jornada en 9,1 horas a la semana, mientras que las mujeres lo hacen en 17,3 horas, casi el doble de tiempo que los hombres. Las mujeres con hijos y/o hijas invierten, de media, 67 horas de su semana en trabajar.

INTERSECCIONALIDAD O CRUCE DE DESIGUALDADES

Además, el género interactúa con otros factores de desigualdad como la raza, la condición migrante, la edad, el tipo de ocupación, la discapacidad, la orientación sexual, etc., porque estos factores se suman al género, a veces, con efectos sinérgicos, de forma que colocan a las mujeres en distintas situaciones de desigualdad. A

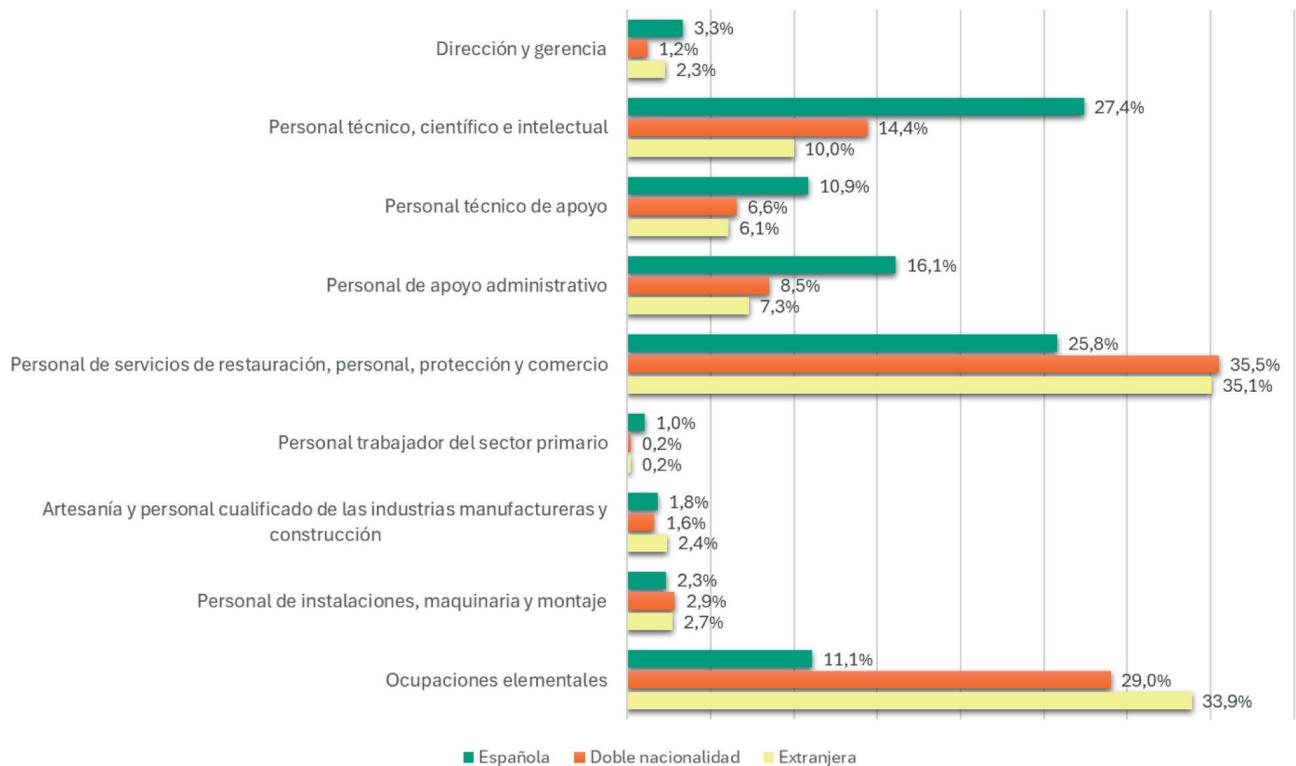
este fenómeno se le denomina **interseccionalidad**. Así, por ejemplo, hoy en España podemos observar que la división sexual del trabajo también depende de la condición migrante, como se evidencia en el sector doméstico.

En el gráfico 7 se observa cómo las mujeres españolas ocupan más puestos de personal técnico, científico e intelectual (27,4 %) que las trabajadoras extranjeras (14,4 %) o con doble nacionalidad (10,0 %). También cómo estas últimas trabajan mucho más que las españolas en ocupaciones elementales (11,1 % españolas, 29,0 % doble nacionalidad y 33,9 % extranjeras). Igualmente, se aprecia cómo el hecho de obtener la doble nacionalidad mejora sus posibilidades de trabajar en profesiones más cualificadas, lo que amplía sus opciones laborales.

IMPACTO DE LA SEGREGACIÓN HORIZONTAL Y VERTICAL EN LA EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES

Dado que mujeres y hombres no realizan los mismos trabajos y tareas, debido a la segregación horizontal y vertical, los

Gráfico 7. Distribución de ocupaciones por nacionalidad agregada en mujeres. 2023



Fuente: Datos elaborados a partir de la Encuesta de Población Activa 2023 (INE).

riesgos laborales a los que están expuestos son, a menudo, distintos.

La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021. Datos de España (INSST, 2023b) analiza riesgos psicosociales, ergonómicos e higiénicos. En la tabla 1 se pueden observar las diferencias en la exposición a riesgos laborales entre hombres y mujeres.

Incluso cuando están en contacto con los mismos riesgos, el tiempo y la intensidad de las exposiciones varían. Esto se debe a factores directamente relacionados con desigualdades laborales de género, las conocidas **brechas de género**. Así, se observa que las condiciones de

empleo y los usos del tiempo están determinados por la propia dinámica de contratación de los sectores en los que se encuentran e influyen directamente en la dificultad de conciliación de la vida laboral y familiar.

Como se mostró en el gráfico 6, las jornadas de trabajo de mujeres y hombres muestran importantes diferencias. Por otro lado, el trabajo temporal (19,6 % en mujeres, 15,1 % en hombres) (INE, 2024), los contratos a tiempo parcial (21,1 % en mujeres y 6,6 % en hombres) (INE, 2024), las reducciones de jornada (17,3 % de mujeres realizan trabajo a tiempo parcial por cuidado de dependientes, frente a 3,5 % de los hombres) (Eurostat, 2024) y los permisos

laborales (45,4 % de mujeres dejaron de trabajar durante, al menos, un mes seguido por cuidado de menores, frente al 7,9 % de los hombres) (INE, 2019) también son condiciones de empleo más comunes entre las mujeres. En este sentido, cabe señalar que, aunque las mujeres asuman menor carga horaria de trabajo remunerado, en ocasiones tienen que combinar varios trabajos similares, hecho que puede aumentar el tiempo y la intensidad de la exposición a determinados riesgos.

En el mismo sentido, que las mujeres asuman en mayor medida que los hombres las responsabilidades familiares conlleva que, a menudo, se produzca una doble exposición a determinados riesgos.

Tabla 1. Exposición a factores de riesgo ergonómicos, psicosociales e higiénicos, por sexo. 2021

Riesgos	Exposición a factores de riesgo	Mujer	Hombre
Ergonómicos	Movimientos repetitivos de manos y brazos	66,2 %	60,5 %
	Posturas dolorosas o fatigantes	34,2 %	28,1 %
	Manipulación de cargas	12,6 %	21,5 %
	Manipulación de personas	9,7 %	3,1 %
Psicosociales	Exigencia (Trabajar a gran velocidad)	53,0 %	47,1 %
	Exigencia (Trabajar con plazos muy ajustados)	48,0 %	50,4 %
	Exigencia (Aprender cosas nuevas)	69,0 %	70,6 %
	Autonomía (Orden de las tareas)	26,4 %	26,9 %
	Autonomía (Métodos de trabajo)	33,1 %	32,6 %
	Autonomía (Ritmo de trabajo)	30,8 %	29,2 %
	Exigencias emocionales (Trato directo con el público)	68,7 %	64,5 %
	Exigencias emocionales (Situaciones emocionalmente molestas)	20,8 %	16,3 %
	Discriminación	12,8 %	10,8 %
	Ofensas verbales, amenazas y atención sexual no deseada	8,5 %	4,8 %
	Abuso, acoso o violencia	3,9 %	2,4 %
	Ausencia de reconocimiento	21,7 %	19,9 %
	Ausencia de oportunidades de aplicar los conocimientos	11,6 %	9,4 %
Falta de sentimiento de trabajo bien hecho	2,6 %	4,6 %	
Ausencia de sensación de trabajo útil	2,5 %	2,8 %	
Higiénicos	Exposición a ruido	18,3 %	19,0 %
	Contacto de sustancias químicas con la piel	17,1 %	13,0 %
	Contacto con materiales que pueden ser infecciosos	13,6 %	8,0 %

Fuente: Encuesta europea de condiciones de trabajo 2021. Datos de España. INSST
 Nota: se destacan en negrita los porcentajes con una diferencia superior a 1,5 % entre mujeres y hombres.

Por ejemplo, pueden verse expuestas a sustancias químicas (productos de limpieza) durante su jornada laboral y al llegar a su casa. Los hombres suelen tener exposiciones más prolongadas, pero limitadas al tiempo de trabajo remunerado. Cabe destacar que las mujeres son más vulnerables a la exposición de algunas sustancias químicas por sus diferencias biológicas, sobre todo las que interfieren en el sistema hormonal o se bioacumulan

(United Nations Development Programme (UNDP), 2011).

La evidencia muestra las siguientes diferencias en relación con los problemas de salud laboral de hombres y mujeres:

- Los hombres se accidentan más del doble que las mujeres y, en el caso de ser accidentes mortales, hasta 13 veces más (INSST, 2024).
- Las mujeres comunican más enfermedades profesionales provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos de manos y brazos, así como por agentes biológicos y de la piel, en comparación con los hombres. En cambio, los hombres declaran más enfermedades relacionadas con inhalación de sustancias, como la sílice y los agentes cancerígenos (MITES, 2023; INSST, 2023b).



- Los trastornos musculoesqueléticos en los hombres están relacionados, en mayor medida, con la manipulación manual de cargas pesadas y los de las mujeres con la movilización de personas. No obstante, las mujeres que trabajan en limpieza o en servicios de comidas y las trabajadoras sanitarias también sufren daños derivados del levantamiento y transporte de cargas pesadas (EU-OSHA, 2003).
- La exposición a factores de riesgo psicosocial es mayor y más intensa en las mujeres y, por lo tanto, el riesgo de sufrir estrés es mayor (véase la tabla 1). Si bien, tanto hombres como mujeres presentan exposiciones a factores de riesgo psicosocial muy elevadas, algunos tienen especial incidencia en las mujeres, como el acoso sexual, la discriminación, las ofensas verbales y amenazas, las dificultades para el ascenso, las tareas con baja autonomía y altas exigencias, las exigencias emocionales por el trato directo con el

público o situaciones emocionalmente molestas y el conflicto trabajo-familia (INSST, 2023b).

CONCLUSIONES

El análisis de la segregación en el mercado de trabajo muestra que hombres y mujeres se concentran en sectores y ocupaciones distintas y, por tanto, enfrentan exposiciones a riesgos laborales diferenciadas en intensidad, frecuencia y naturaleza. Los datos evidencian que la segregación horizontal sitúa a las mujeres en actividades como la sanidad, la educación y el servicio doméstico, donde predominan los riesgos psicosociales, los movimientos repetitivos y las posturas forzadas. Por el contrario, los sectores masculinizados, como la construcción y la industria, presentan mayores riesgos de manipulación manual de cargas y de sufrir accidentes graves y mortales.

A nivel jerárquico, la segregación vertical limita el acceso de las mujeres a

puestos de dirección y liderazgo. Incluso en sectores altamente feminizados, como la sanidad, los hombres tienen mayores probabilidades de ocupar cargos directivos, lo que sugiere la persistencia del denominado “techo de cristal”. De igual forma, persiste el fenómeno de “suelo pegajoso” para las mujeres, muy especialmente para aquellas que son migrantes.

La evidencia también señala que la “doble presencia” es una problemática central en la exposición a riesgos laborales de las mujeres. La carga del trabajo no remunerado amplía sus jornadas y aumenta la exposición a los riesgos provocados por el conflicto trabajo-familia, lo que tiene un impacto negativo en su salud.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de replantear la prevención de riesgos laborales con una perspectiva de género. Sin un enfoque que integre y tenga en cuenta las diferencias biológicas y las desigualdades socioculturales entre mujeres y hombres, la gestión preventiva seguirá reproduciendo sesgos que invisibilizan los riesgos a los que están expuestas las mujeres trabajadoras. La desagregación de datos por sexo y el análisis con perspectiva de género, así como el estudio detallado de las condiciones laborales, son esenciales para diseñar políticas y prácticas preventivas eficaces y equitativas. En este sentido, el objetivo 5 de la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) se compromete con “la promoción de la integración de la perspectiva de género, desde un enfoque transversal e integral en el conjunto de políticas preventivas, implicando para ello a todos los agentes involucrados en la mejora de la prevención de riesgos laborales, tanto en el ámbito institucional como en la empresa, poniendo el foco especialmente en la protección de los colectivos más vulnerables” (INSST, 2023c). ●

■ Referencias bibliográficas ■

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). (2003). Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. Disponible en: https://osha.europa.eu/sites/default/files/Informe_-_Las_cuestiones_de_genero_en_relacion_con_la_seguridad_y_la_salud_en_el_trabajo.pdf
2. Consejo Económico y Social. (2018). Informe del futuro del trabajo: 03/2018.
3. Eurostat (2024). Encuesta Europea de Fuerza del Trabajo 2023. [Base de datos]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2128&capsel=2128>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). Encuesta Anual de Estructura Salarial 2022. [Base de datos]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=4563&capsel=4563>
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). Encuesta de Población Activa 2023. [Base de datos]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608#_tabs-1254736194793
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). Módulo Especial de Conciliación de la vida laboral y familiar de la Encuesta de Población Activa 2018. [Base de datos]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t22/e308/meto_05/modulo/base_2011/2018/&file=pcaxis&L=0
7. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2017). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/encuesta-nacional-condiciones-trabajo-2015-6-ewcs-espana-ano-2017>
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2024). Informe anual de accidentes de trabajo en España. Datos 2023. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/informe-anual-de-accidentes-de-trabajo-en-espana>
9. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2023a). NTP 1185. Conflicto trabajo-familia o doble presencia como riesgo psicosocial: Marco conceptual y consecuencias. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/36-serie-ntp-numeros-1176-a-1190-ano-2023/ntp-1185-conflicto-trabajo-familia-o-doble-presencia-como-riesgo-psicosocial-marco-conceptual-y-consecuencias-2023>
10. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2023b). Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021. Datos de España. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/encuesta-europea-de-condiciones-de-trabajo-2021-datos-espana-2023>
11. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2023c). Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/estrategia-espa%C3%B1ola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027>
12. Messing, K. (1999). Comprendre le travail des femmes pour le transformer. Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS).
13. Ministerio de Trabajo y Economía Social (MITES). (2023). Avance Anuario de Estadísticas 2023, condiciones de trabajo y relaciones laborales, enfermedades profesionales. MITES. Disponible en: <https://www.mites.gob.es/es/estadisticas/anuarios/2023/index.htm>
14. United Nations Development Programme (UNDP) Environment & Energy group. (2011). Chemicals and gender. UNDP. Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/2011%20Chemical&Gender.pdf>

Integrar la perspectiva de género en prevención de riesgos laborales: una oportunidad para una actuación más eficaz y equitativa

Aitana Garí Pérez

Dirección. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

La prevención de riesgos laborales ha sido históricamente abordada con una perspectiva neutral desde el punto de vista del género que, en la práctica, se traduce en una gestión de los riesgos laborales sesgada, dado que ignora las diferencias entre mujeres y hombres en la exposición a riesgos, así como en su impacto diferencial en la salud.

Este artículo analiza los sesgos que explican por qué se presta una menor atención en la identificación, evaluación de riesgos y acción preventiva en los sectores y ocupaciones más feminizadas. Estos sesgos refuerzan la invisibilización de los daños a la salud que sufren las mujeres como consecuencia de su trabajo. Para corregir estas deficiencias, es necesario un enfoque preventivo que contemple las diferencias biológicas y de género entre mujeres y hombres.

Integrar la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales permite diseñar estrategias más eficaces, equitativas y alineadas con la normativa vigente, promoviendo entornos de trabajo más seguros para el conjunto de la población trabajadora.

INTRODUCCIÓN

Cuando se publicó la Directiva Marco sobre Seguridad y Salud en el Trabajo junto al resto de las directivas de desarrollo y se traspusieron al ordenamiento jurídico español, la profesora genetista Karen Messing llevaba años investigando sobre la exposición desigual a riesgos laborales de mujeres

y hombres (Messing, 1982). A modo de balance de sus veinte años de trabajo en esta materia, Messing publicó "Comprender el trabajo de las mujeres para transformarlo"¹ (1999) y "la salud de la mujer trabajadora. ¿Está ciega la ciencia?"² (2000).

1 Traducción de *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*.
2 Traducción de *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*



Al mismo tiempo, en nuestro país, la doctora Carme Valls Llobet llevaba años recopilando evidencias sobre la falta de investigación en medicina sobre las patologías de las mujeres y las diferencias en el diagnóstico entre hombres y mujeres. En 1988 comenzó a dirigir el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida en el Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Cataluña. En 2006 publicó por primera vez el libro “Mujeres invisibles para la medicina” (ampliado en la edición de 2020). En esta obra recoge buena parte de este trabajo recopilatorio de evidencia científica sobre la necesidad de realizar diagnósticos diferenciados a hombres y mujeres que tengan en cuenta las diferencias sexuales (biológicas), pero también las de género (sociales). El libro cuenta con un capítulo específico dedicado a la salud laboral (Valls Llobet, 2020).

Sin embargo, sus hallazgos y recomendaciones no calaron ni en las políticas ni en la práctica preventiva de las empresas, que han centrado la atención diferencial a las mujeres únicamente a los casos de embarazo y lactancia.

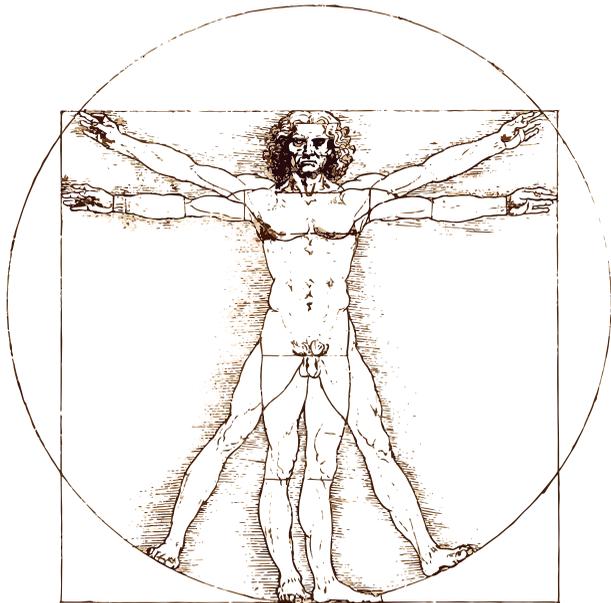
Esto sucede a pesar de que la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LRPL), en el artículo 5.4 dicta que “las Administraciones públicas promoverán la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, considerando las variables relacionadas con el sexo tanto en los sistemas de recogida y tratamiento de datos como en el estudio e investigación generales en materia de prevención de riesgos laborales”. Este artículo se plantea con la convicción de cumplir con este mandato.

LA NEUTRALIDAD SESGADA

Las políticas públicas en prevención de riesgos laborales, tanto en el ámbito europeo como nacional, fueron diseñadas como supuestamente neutras al género, pero, en realidad, se han realizado ajenas a estas diferencias. De esas políticas públicas se ha derivado el desarrollo normativo, igualmente redactado como supuestamente neutral al género, pero sesgado (OSALAN, 2019; Vallejo Dacosta, 2019; Vogel, 2006). Cabe aclarar que ni el marco preventivo europeo ni el nacional discriminan explícitamente (discriminación directa) a las mujeres, como sí sucedía con normativas anteriores que, por ejemplo, les prohibían expresamente trabajar en determinadas actividades. Pero sí discriminan implícitamente (discriminación indirecta) porque se desarrollan con criterios aparentemente neutros, pero que suponen una desventaja particular hacia las mujeres dada su escasa sensibilidad hacia los problemas de salud laboral que les afectan de forma específica. Por ejemplo: no existe desarrollo reglamentario en los riesgos psicosociales que, según la evidencia científica, tienen mayor incidencia en las mujeres. Tampoco hay desarrollo reglamentario frente a los riesgos por trastornos musculoesqueléticos que proteja explícitamente contra los movimientos repetitivos o las posturas forzadas, que son condiciones de trabajo dañinas a las que están mucho más expuestas las mujeres en comparación con los hombres. Por el contrario, sí hay normativa específica, por ejemplo, para la manipulación manual de cargas que es un riesgo al que están expuestos los hombres en mayor medida (INSST, 2018). Esto limita la actuación preventiva que, a menudo, se ciñe a aquellos riesgos con desarrollo normativo, ignorando, precisamente, los riesgos que más afectan a las mujeres.

El problema subyacente en esta supuesta neutralidad es que existe un sesgo. Concretamente, se ha construido sobre la hipótesis de que el trabajador estándar es un hombre sano y blanco. En consecuencia, la práctica preventiva de riesgos laborales adopta esta visión supuestamente neutral pero sesgada.

A este sesgo se le conoce como **androcentrismo**, que es la visión que toma a los hombres como sujeto de referencia e ignora las condiciones propias de las mujeres. El androcentrismo es una de las grandes limitaciones que se dan tanto en la investigación como en la actuación preventiva. Por ejemplo, el diseño de herramientas, equipos de protección individual (EPI), equipos de trabajo o, incluso, de mobiliario toma como referencia la fisionomía de los hombres y está diseñado basándose en percentiles en los que muchas mujeres no encajan. Esto condiciona las tallas, los agarres, las alturas, etc., disminuyendo o incluso anulando las medidas de protección para las mujeres. Por ello,



no es de extrañar que, aunque la LPRL plantea en su artículo 15 la necesidad de adaptar el trabajo a la persona como uno de los principios de la acción preventiva, en la práctica se incumple con frecuencia en el caso de las mujeres.

Del mismo modo, el uso de los registros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el diseño de las distintas encuestas que se realizan para analizar las condiciones de trabajo, así como la investigación en salud laboral, no suelen contemplar la perspectiva de género, por lo que se invisibiliza una buena parte de la realidad.

CONSECUENCIAS DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES SESGADA

Los trabajos más feminizados tienen en común que los riesgos laborales, a los que están especialmente expuestas las mujeres, han sido tradicionalmente minusvalorados e ignorados. Precisamente, como hemos comentado, los riesgos psicosociales, los movimientos repetitivos y las posturas forzadas, que son riesgos muy presentes en las actividades y ocupaciones feminizadas, carecen de desarrollo normativo, lo que deriva frecuentemente en una actuación preventiva insuficiente (Vallejo Dacosta, 2019).

La profesora Messing (1999) explicó cómo, en los trabajos realizados por las mujeres, se produce un círculo vicioso que condiciona la actuación preventiva (gráfico 1). Existe el prejuicio de que las mujeres trabajan en profesiones y actividades de escaso riesgo, entre otras cuestiones, porque trabajan en el sector terciario, con menor incidencia de mortalidad que otros sectores masculinizados como, por ejemplo, la construcción.

Este prejuicio condiciona que los riesgos a los que están expuestas se identifiquen y se evalúen menos, o que, cuando se evalúan, no se preste atención a sus problemas concretos. Por consiguiente, hay una ausencia de actuaciones preventivas específicas que contribuye a invisibilizar o infravalorar sus riesgos en la actuación preventiva.

En este contexto, no es de extrañar que, cuando sufren daños y su salud se deteriora, se atribuyan a la exageración o a causas ajenas a la exposición a riesgos en el trabajo. Se niega así el origen laboral de los daños a la salud, lo que implica que no sean tratados como contingencias profesionales sino como comunes, con el consiguiente impacto económico que esto tiene para las mujeres. Esto sucede, por ejemplo, cuando se asocian los problemas musculoesqueléticos al “desgaste natural”, los problemas psicosociales a las cuestiones familiares o personales, o las afecciones respiratorias y dermatológicas a alergias previas.

Gráfico 1. Círculo vicioso de la actuación preventiva en trabajos realizados por mujeres



Fuente: adaptado a partir de Messing (1999).



De esta forma, muchas enfermedades de origen laboral que afectan a las mujeres trabajadoras permanecen infradiagnosticadas como tales y, al no quedar registradas, se reafirma la idea de que los trabajos de las mujeres son seguros.

Por lo tanto, uno de los problemas urgentes a abordar en la prevención de riesgos laborales es la mejora del conocimiento que correlaciona las condiciones de trabajo de las mujeres con los daños a la salud que sufren.

Este prejuicio de que el trabajo de las mujeres es seguro es un sesgo inconsciente pero peligroso. La falta de reconocimiento de los riesgos relacionados con su trabajo, tanto por parte de los organismos responsables como por los distintos actores sociales, puede desencadenar consecuencias negativas. Son ejemplos de estas consecuencias: una prevención ineficaz en las empresas, la falta de reconocimiento de prestaciones en caso de las enfermedades profesionales no registradas como tales, una sobremedicación de las mujeres, la incorrecta estimación de los costes de las distintas incapacidades para los sistemas de seguridad social y de salud e, incluso, la estigmatización de las mujeres como no aptas para el trabajo.

Es necesario visibilizar y valorar, objetivamente, los problemas de salud laboral de las mujeres. Para ello, urge profundizar en el conocimiento del origen laboral de sus dolencias, así como comenzar a gestionar los riesgos laborales integrando la perspectiva de género de forma transversal.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Unión Europea determina que el conjunto de políticas y acciones comunitarias debe tener en cuenta el principio de igualdad entre mujeres y hombres y la integración de la perspectiva de género de manera sistemática. Para ello, establece la necesidad de prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito desde su concepción y de forma activa y visible (Comisión Europea, 2000).

Esto implica que las políticas de seguridad y salud en el trabajo también tienen la obligación de responder de forma sensible a las diferencias entre hombres y mujeres. En este sentido, Kauppinen-Toropainen (1993) propuso un análisis en el que se distinguen cuatro posibles orientaciones de las políticas de seguridad y salud en el trabajo en lo referente al género (tabla 1).

Tabla 1. Orientaciones de las políticas de seguridad y salud en el trabajo en lo referente al género

		Aceptan las diferencias de género	
		No	Sí
Se promueve la igualdad como norma	No	Insensibilidad al género	Estereotipo de género
	Sí	Neutralidad ante el género	Sensibilidad ante el género

Este análisis gira en torno a la combinación de dos factores: la aceptación y reconocimiento de las diferencias de género y la promoción de la igualdad en las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Así, encontramos cuatro posibilidades:

- La primera no reconoce las diferencias y no promueve actuaciones específicas. Se trata, por tanto, de una estrategia no sensible al género, que discrimina de forma directa a las mujeres.
- Si las políticas reconocen las desigualdades de género, pero no promueven la igualdad, se reduce en estereotipos. Por ejemplo, en el enfoque meramente proteccionista con el embarazo, lo que refuerza los estereotipos de mujer como madre y cuidadora.
- Por otra parte, el enfoque que se considera neutral no reconoce las diferencias entre hombres y mujeres y, aunque reivindique la igualdad de género, supone una discriminación indirecta porque, en la práctica, no se mejora la situación de las mujeres ni se da respuesta a sus problemas de salud laboral.
- La cuarta posibilidad es reconocer las diferencias al mismo tiempo que se promueven actuaciones específicas para lograr la igualdad. Este es el único enfoque que integra verdaderamente la perspectiva de género y promueve la igualdad de forma efectiva y no meramente formal. Cabe resaltar que, implementando este enfoque, no solo se mejoran las condiciones de trabajo y de salud de las mujeres, sino las de toda la población trabajadora. Por ejemplo, poner en marcha medidas de conciliación a las que se acojan hombres y mujeres disminuye el conflicto trabajo-familia, beneficiando al conjunto de la plantilla en una empresa independientemente del género.

Integrar la perspectiva de género en las políticas públicas de prevención de riesgos laborales significa mirar la realidad evitando los sesgos de género anteriormente mencionados, es decir, se trata de ampliar la mirada. Para ello, se hace imprescindible analizar las condiciones de trabajo teniendo en cuenta las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, pero también los estereotipos y roles de género que se asocian tradicionalmente a mujeres y hombres y que, en buena parte, se materializan en la segregación horizontal y vertical del mercado de trabajo. Esta estrategia de integración de la perspectiva de género es extrapolable a la investigación, la negociación colectiva y la actuación preventiva en las empresas.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE LAS EMPRESAS

Para integrar la perspectiva de género en la actividad preventiva de las empresas hay que considerar, de forma sistemática en todas las actuaciones, las condiciones de trabajo tanto de hombres como de mujeres y su impacto sobre su salud. Para evitar los sesgos de género, las empresas deben incorporar objetivos específicos en prevención de riesgos laborales dirigidos a promover la igualdad en todas sus actuaciones, a todos los niveles y en todas sus fases, que se plasmarán en el plan de prevención, en la evaluación de riesgos, en la vigilancia de la salud y en la planificación de la actividad preventiva.

Con esta finalidad, es imprescindible observar y registrar cómo son las exposiciones de hombres y mujeres a los riesgos laborales y cómo estas exposiciones impactan sobre su salud. En primer lugar, se debe desagregar y analizar los datos por sexo-género. Solo si se recogen y analizan los datos desagregados en las evaluaciones de riesgos obtendremos una fotografía sobre cómo son las exposiciones de hombres y mujeres. En el caso de que surjan datos diferenciales entre hombres y mujeres, será necesario profundizar en la comprensión de las causas, valorando si están influyendo las diferencias biológicas y/o de género en la exposición a riesgos laborales.

Siempre que estén disponibles, se usarán metodologías sensibles a las diferencias entre hombres y mujeres. Aunque la verdadera clave para integrar la perspectiva de género, en la práctica, es el uso de indicadores y listas de verificación que nos permitan identificar los posibles sesgos y corregirlos. Para ello, se pueden usar herramientas como las propuestas por Emakunde (2019) para elaborar indicadores y las elaboradas por Osalan (2019) y Foment del Treball (2021) para incorporar la perspectiva de género en el proceso de identificación, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud y planificación de la actividad preventiva.

Solo a partir del diagnóstico diferenciado se podrán diseñar actuaciones que se adapten a las necesidades tanto de hombres como de mujeres. Se trata, en definitiva, de que las medidas preventivas se establezcan para proteger a la población trabajadora de forma específica y eficaz, no generalizada y sesgada.

Cabe destacar el papel fundamental de la vigilancia de la salud para identificar y diagnosticar posibles daños a la salud de forma diferencial. Es fundamental que los protocolos que se apliquen y la vigilancia de la salud colectiva tengan en cuenta las posibles diferencias entre mujeres y hombres, incluidas las que se derivan

de la segregación de los trabajos, ya sea a nivel de actividades, ocupaciones o tareas. Una correcta vigilancia de la salud contribuye a valorar si los riesgos están adecuadamente controlados para toda la plantilla, si se requiere la adopción de medidas preventivas o la adaptación del puesto individual. En este sentido, es imprescindible que la vigilancia de la salud y la evaluación de riesgos laborales estén coordinadas y mutuamente informadas de los resultados.

BUENAS PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para integrar la perspectiva de género en la actuación preventiva de las empresas se pueden llevar a cabo una serie de buenas prácticas. Por ejemplo:

1. Identificar si en la empresa existe segregación horizontal y/o vertical, analizando las condiciones de trabajo y los riesgos de hombres y mujeres, dado que la realización de trabajos diferentes a menudo genera una exposición a riesgos distintos.
2. Explorar si la exposición a cada uno de los riesgos puede generar un impacto diferente en la salud de mujeres y hombres, dadas sus diferencias biológicas y otros condicionantes sociales.
3. Contemplar el conjunto de los puestos de trabajo en la gestión de los riesgos laborales, incluidos los cubiertos a tiempo parcial o de forma temporal.
4. Realizar un análisis de las tareas por puesto de trabajo, dado que pueden ocultar posibles diferencias en la exposición a riesgos, incluyendo en estos análisis tareas auxiliares o puntuales.
5. Realizar la evaluación de riesgos laborales teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de la plantilla, los tipos de jornada, los tipos de contratos, los puestos y desagregando los datos por la variable género y cualquier otro factor que pueda condicionar una mayor exposición a determinados riesgos, por ejemplo, la edad, la raza, la clase de ocupación, la discapacidad, etc. Para obtener esta información sociodemográfica de la plantilla, se pueden usar los datos de la fase de diagnóstico del Plan de Igualdad. Si no se cuenta con un Plan de Igualdad, se puede realizar igualmente un análisis utilizando la herramienta elaborada por Emakunde (2019).
6. Integrar la prevención de riesgos laborales en los Planes de Igualdad.
7. Abordar la actuación preventiva de forma integral, evaluando y adoptando medidas preventivas para el conjunto de los riesgos. Evaluar y prevenir los riesgos asociados a la seguridad es muy importante, pero, para una protección eficaz, es imprescindible evaluar y prevenir los higiénicos, los ergonómicos y los psicosociales y, además, tener en cuenta las interacciones que se producen entre los distintos tipos de riesgo.
8. Examinar el conjunto de los daños de la salud, no solo los accidentes de trabajo, sino también las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, relacionándolos con las condiciones de trabajo a las que la persona se encuentra expuesta.
9. Diseñar y planificar actuaciones preventivas que corrijan y controlen los riesgos de forma eficaz para todas las personas trabajadoras, adaptándose a las particularidades de los riesgos a los que están expuestos tanto hombres como mujeres.
10. Contar con la participación de las mujeres para una correcta valoración de los riesgos laborales; en este sentido, es fundamental considerar su descripción y percepción sobre sus propias condiciones de trabajo y su estado de salud.

CONCLUSIONES

El ámbito laboral, al igual que muchos otros, se ha abordado desde una visión sesgada que toma al hombre como persona trabajadora de referencia. Esta perspectiva también ha calado en la prevención de riesgos laborales, hecho que ha provocado una infravaloración de los riesgos a los que están expuestas las mujeres, dificultando el desarrollo de una protección adecuada a sus problemas de salud laboral. Por ello, es fundamental incorporar la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. Así, se ha recogido como compromiso colectivo en el objetivo 5 de la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#), fruto del consenso entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y los interlocutores sociales.

Adoptar la perspectiva de género en la actuación preventiva garantiza el cumplimiento del principio de igualdad establecido en nuestro marco normativo. De hecho, es la única estrategia que asegura que tanto mujeres como hombres reciban el mismo nivel de protección y un trato equitativo.

Para integrar la perspectiva de género, el análisis de las condiciones de trabajo debe contemplar las diferencias biológicas, pero también las desigualdades de género entre mujeres y hombres que producen la segregación horizontal y vertical de los trabajos.

Es imprescindible avanzar en el conocimiento sobre las exposiciones a riesgos laborales desde una perspectiva amplia, considerando los riesgos específicos e infravalorados de las actividades feminizadas. También es necesario avanzar en el conocimiento de la correlación entre las exposiciones a riesgos laborales de hombres y mujeres con los problemas de salud que sufren de forma diferencial. A partir de este conocimiento desagregado y diferenciado, se podrán diseñar puestos y equipos de trabajo que se ajusten a las características de cada persona.

Para que la gestión preventiva y la detección de daños sea realmente eficaz y equitativa debe observarse, además del género, otro tipo de factores que se cruzan con el género y pueden colocar a determinadas mujeres en situación de especial vulnerabilidad, por ejemplo, la condición de persona migrante, la discapacidad o la pertenencia al colectivo LGTBQIA+. Solo así podremos construir entornos laborales más seguros y saludables para todas las personas. Este camino hacia entornos laborales más justos debe comenzar con la formación y sensibilización de todas las partes implicadas en la prevención de riesgos laborales, como primer paso para superar los sesgos. Pero también hace falta la participación directa de las mujeres en materia preventiva, porque ellas conocen los riesgos a los que están expuestas y cómo impactan en su salud mejor que nadie. Escuchar su experiencia y percepción es un paso necesario para comprenderlos y prevenirlos eficazmente. ●

Referencias bibliográficas

1. Comisión Europea. (2000). Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la Unión Europea. Comisión de las Comunidades Europeas.
Disponible en: <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2000%3A0123%3AFIN%3AES%3APDF>
2. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. (2019). Herramienta para la elaboración de diagnósticos y planes para la igualdad de mujeres y hombres en empresas y otras entidades. Gestión para la igualdad en las entidades públicas y privadas. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
Disponible en: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/organizaciones_recursos/es_material/adjuntos/metodologia_elaboracion_diagnostico_plan_igualdad_empresas.pdf
3. Foment del Treball Nacional. (2021). Integración de la perspectiva de género en la gestión de la salud laboral. Guía práctica para profesionales de la prevención de riesgos laborales. Foment del Treball Nacional.
Disponible en: <https://www.foment.com/es/integracion-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-pr/>
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2018). Condiciones de trabajo según género en España – 2015. INSST.
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/condiciones-de-trabajo-segun-genero-en-espana-2015-ano-2018>
5. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN). (2019). Pautas para la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. OSALAN.
Disponible en: https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/libro/gestion_201710/es_def/adjuntos/pautas_integracion_prl.pdf
6. Kauppinen-Toropainen, K. (1993). *OECD Panel Group on Women, Work, and Health: national report, Finland*. Ministry of Social Affairs and Health: Institute of Occupational Health.
7. Messing K. (1982). *Do men and women have different jobs because of their biological differences?* International journal of health services: planning, administration, evaluation, 12(1), 43–52. <https://doi.org/10.2190/KK50-HCTC-9YHA-BUTA>
8. Messing, K. (1999). *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS).
9. Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?* Editions du Remue-Ménage.
10. Vallejo Da Costa, R. (2019). Salud laboral, igualdad y mujer. Aspectos jurídicos.
11. Valls Llobet, C. (2020). *Mujeres Invisibles para la medicina*. Capitán Swing Libros.
12. Vogel, L. (2006). *La salud de la mujer trabajadora en Europa. Desigualdades no reconocidas*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).
Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdon-lyres/1D689354-F896-4A62-85FB-E3C8F3CC6DFE/151661/ISTAS_SaludLabMujeres.pdf

Exposición laboral a agentes reprotóxicos: una mirada con perspectiva de género

Cristina Arrimadas Berzosa

Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. INSST

Lucía Ugena Díaz

Departamento de Investigación e Información. INSST

En muchos lugares de trabajo existe exposición a sustancias químicas y, más concretamente, a agentes reprotóxicos, que son aquellos que pueden afectar a la función reproductora humana. Los efectos en la salud asociados a estos agentes difieren en función de factores tanto propios del contaminante como de la persona y, entre estos últimos, se pueden incluir variables relacionadas con el sexo, así como otras vinculadas al género, que van a influir en las condiciones de trabajo y en los riesgos presentes en el entorno laboral. De ahí la necesidad de integrar la perspectiva de género en la investigación, estudiando las diferencias entre mujeres y hombres, con particular atención a los sectores feminizados, para evitar y prevenir riesgos derivados de la exposición a agentes químicos y garantizar así una protección adecuada y eficaz de toda la población trabajadora.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito laboral, los riesgos químicos suponen una preocupación constante para la salud y seguridad de la población trabajadora y, más concretamente, los riesgos derivados de la exposición a agentes cancerígenos, mutágenos y reprotóxicos por los efectos perjudiciales que pueden tener en la salud.

En este sentido, a nivel nacional, la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) (EESST), insta, en su primer objetivo “Mejorar la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”, a desarrollar actuaciones específicas para impulsar la prevención de la exposición de las personas trabajadoras a sustancias y agentes

peligrosos, entre los que se incluyen las sustancias reprotóxicas, promoviendo, además, la investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales teniendo en cuenta la perspectiva de género, de acuerdo con la segunda línea de actuación propuesta en su quinto objetivo: “Introducir la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo”.

Para su consecución, en el [primer Plan de Acción 2023-2024](#) de la EESST se contempló la necesidad de realizar acciones de sensibilización e información sobre medidas de prevención por exposición a sustancias reprotóxicas, así como de desarrollar actuaciones dirigidas a la mejora de la protección de las personas trabajadoras expuestas a este tipo de sustancias.

Además, impulsaba la planificación de campañas de inspección en sectores y actividades especialmente feminizadas, prestando especial atención a aquellas en las que se presentan con mayor intensidad riesgos derivados de la exposición a agentes reprotóxicos, cancerígenos y mutágenos, entre otros.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, y su normativa de desarrollo han tratado el embarazo y la lactancia desde un enfoque proteccionista, sin considerar adecuadamente las condiciones de trabajo que pueden afectar a la fertilidad tanto de mujeres como de hombres. Por ello, y en línea con la EESST 2023-2027, es primordial realizar actuaciones que protejan al conjunto de la población trabajadora frente a posibles daños a la salud que puedan derivarse de la exposición a estos agentes, integrando, de una forma transversal e interdisciplinar, la perspectiva de género en las políticas preventivas de las empresas y, especialmente, en los servicios de prevención.

AGENTES REPROTÓXICOS O TÓXICOS PARA LA REPRODUCCIÓN

La reproducción humana es una función compleja que depende de varios procesos, que conllevan: la formación y liberación de células germinales (gametogénesis); la fertilización; la implantación del cigoto en el útero; el desarrollo embrionario y fetal; el mantenimiento de la gestación; el parto y el nacimiento; y el desarrollo posnatal hasta la pubertad. El desarrollo y la coordinación de estos procesos responden a la información que reciben de receptores nerviosos y endocrinos que, a su vez, desencadenan cambios fisiológicos en diferentes órganos y tejidos del organismo.

De modo que, para que este proceso sea eficiente y eficaz, todas estas fases deben coordinarse de forma que tengan lugar en el orden y momento oportunos (Salvador y Marco, 2012).

Sin embargo, estas etapas pueden verse alteradas por **factores endógenos o internos**, que son aquellos que hacen referencia a las características intrínsecas de la persona, o bien por **factores exógenos**, es decir, de carácter externo.

Por un lado, en relación con los **factores endógenos**, entre los que se encuentran la edad o el estado de salud y las enfermedades padecidas por cada individuo, entre otros, cabe hacer una especial mención al sexo. Existen evidencias científicas que sustentan que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres derivan en importantes diferencias en la exposición a agentes químicos y en sus efectos sobre la salud. En concreto, la susceptibilidad de las mujeres a las sustancias químicas peligrosas varía en

función de sus ciclos reproductivos y estados fisiológicos, como el embarazo, la lactancia o la menopausia, ya que pueden producirse cambios en su organismo que les hacen más vulnerables a los daños a la salud (OIT, 2021).

Entre estas diferencias biológicas se pueden destacar las siguientes:

- **Diferencias anatómicas:** existen diferencias significativas en la masa y el tamaño de los órganos, siendo, generalmente, mayores en hombres que en mujeres; en la composición corporal, por ejemplo, el porcentaje de grasa corporal es mayor en mujeres respecto a hombres, lo cual puede fomentar la acumulación de ciertas sustancias liposolubles; en el volumen y flujo sanguíneos, así como en la capacidad pulmonar, siendo mayores en hombres con respecto a las mujeres, etc.
- **Diferencias fisiológicas** (menstruación, embarazo, menopausia, etc.), genéticas, moleculares y bioquímicas.
- **Diferencias socioculturales** (de género), que incluyen las expectativas culturales, los roles, los comportamientos y las características asociadas a mujeres y hombres como, por ejemplo, aspectos relacionados con la exposición (mayores exposiciones a productos cosméticos o de higiene personal y exposiciones domésticas a productos de limpieza, que son más habituales en mujeres que en hombres) o con los estilos de vida (terapias hormonales, consumo de medicamentos, tabaco y alcohol, actividad física, alimentación, etc.), y que pueden repercutir en cómo impactan las exposiciones laborales sobre su salud (PNUD, 2011; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Todas estas diferencias pueden influir significativamente en los procesos de absorción, distribución, metabolización y excreción, afectando al conjunto de la toxicocinética del contaminante (Gochfeld, 2017; Olmos, 2023).

Por otro lado, entre los **factores exógenos** se encuentran agentes o sustancias tanto de origen químico, como físico o biológico (INRS, 2017). Asimismo, se considera que ciertos factores ergonómicos o psicosociales pueden suponer también un impacto en la reproducción. Además, es muy frecuente que las personas trabajadoras puedan estar expuestas no solo a dichos agentes aislados, sino también a diversas combinaciones de ellos (EU-OSHA, 2016).

No obstante, el objeto de análisis de este artículo se centra en los factores exógenos de origen químico y más concretamente, en

los **agentes reprotóxicos**, también denominados tóxicos para la reproducción.

Estos agentes son sustancias que pueden afectar a la función reproductora humana. La toxicidad para la reproducción incluye los efectos adversos sobre la función sexual y la fertilidad de hombres y mujeres adultos en edad reproductora y los efectos adversos sobre el desarrollo de los descendientes (antes o después del nacimiento), así como efectos sobre la lactancia o a través de ella (Reglamento (CE) n° 1272/2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, o Reglamento CLP).

Según el grado de evidencia de sus efectos, estas sustancias se clasifican en diferentes categorías de acuerdo con el Reglamento CLP (véase la Tabla 1). Así, por un lado, están las sustancias tóxicas para la reproducción de categoría 1, dentro de la cual se encuentran, a su vez, la categoría 1 A, que incluye sustancias de las que se sabe que son tóxicas para la reproducción humana, y la categoría 1 B, que comprende sustancias que se suponen tóxicas para la reproducción humana. Por otro lado, están

las sustancias tóxicas para la reproducción de categoría 2, que engloba aquellas sustancias de las que se sospecha que son tóxicas para la reproducción humana, pero las pruebas existentes en humanos o animales no son lo suficientemente convincentes como para clasificarlas en la categoría 1.

Además, los efectos sobre la lactancia o a través de ella se agrupan en una categoría única y diferente, ya que existen sustancias que las mujeres pueden absorber e interferir con la lactancia o que ellas o alguno de sus metabolitos pueden estar presentes en la leche materna en cantidades suficientes como para suponer una amenaza para la salud de los lactantes.

En este sentido, la identificación y obtención de información sobre estas sustancias químicas puede realizarse tanto a través de la etiqueta como de la ficha de datos de seguridad, instrumentos de gran utilidad para empresas y personas trabajadoras. Así, los agentes reprotóxicos deberán acompañarse de un pictograma de peligro e identificarse con las indicaciones de peligro correspondientes H360, H361 o H362, según proceda, de acuerdo con su clasificación (véase la Tabla 2).

Tabla 1. Clasificación de las sustancias tóxicas para la reproducción según el Reglamento CLP

Categorías de peligro		
Categoría 1	Categoría 1 A	Sustancias de las que se sabe que son tóxicas para la reproducción humana con base en la existencia de pruebas en humanos.
	Categoría 1 B	Sustancias de las que se supone que son tóxicas para la reproducción humana con base en la existencia de datos procedentes de estudios con animales.
Categoría 2		Sustancias de las que se sospecha que son tóxicas para la reproducción humana.
Categoría de peligro para efectos en la lactancia o a través de ella		

Tabla 2. Pictogramas, palabras de advertencia e indicaciones de peligro que deben figurar en la etiqueta de una sustancia o mezcla clasificada como tóxica para la reproducción

Clasificación	Categoría 1A o Categoría 1B	Categoría 2	Categoría adicional para efectos sobre la lactancia o a través de ella
Pictogramas del Sistema Globalmente Armonizado (SGA)			Sin pictograma
Palabra de advertencia	Peligro	Atención	Sin palabra de advertencia
Indicación de peligro	H360: "Puede perjudicar la fertilidad o dañar al feto (indíquese el efecto específico si se conoce); (indíquese la vía de exposición si se ha demostrado concluyentemente que el peligro no se produce por ninguna otra vía)".	H361: "Susceptible de perjudicar la fertilidad o dañar al feto (indíquese el efecto específico si se conoce); (indíquese la vía de exposición si se ha demostrado concluyentemente que el peligro no se produce por ninguna otra vía)".	H362: "Puede perjudicar a los niños alimentados con leche materna".

Fuente: información extraída y adaptada del Reglamento CLP.

EFFECTOS EN LA SALUD DE LOS AGENTES REPROTÓXICOS

Los sistemas reproductivos de mujeres y hombres son distintos y se van a ver afectados de diferente forma por la exposición laboral a agentes reprotóxicos.

Efectos en la salud de las mujeres

Como se ha mencionado anteriormente, la reproducción humana es un proceso complejo constituido por varias etapas. Las mujeres nacen con un número limitado de óvulos (células germinales femeninas), de manera que, si éstos se dañan o se destruyen, no se pueden reemplazar. Los óvulos comienzan a liberarse mensualmente en la pubertad para poder fecundarse o, en caso contrario, liberarse sin fecundar a través del ciclo menstrual, dando lugar a un ciclo nuevo. Sin embargo, si el óvulo es fecundado, continúa el proceso de reproducción antes descrito (NIOSH, 1999).

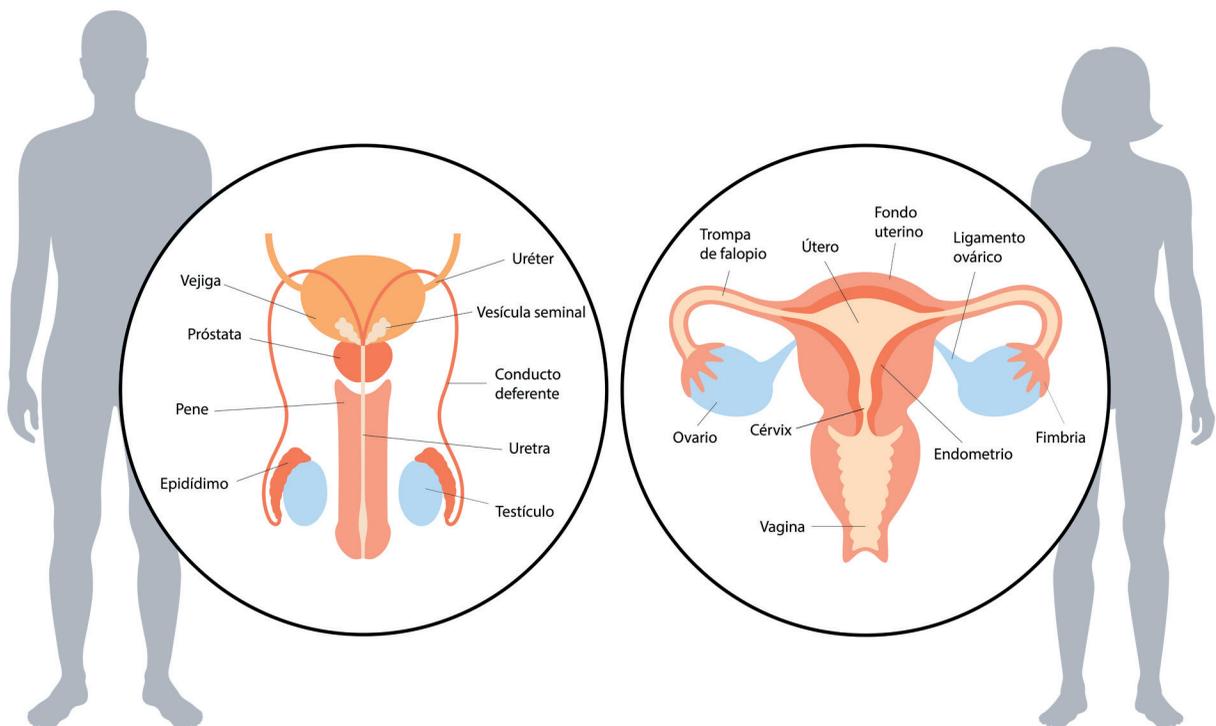
La exposición a agentes reprotóxicos puede desencadenar diferentes efectos perjudiciales en la salud de las mujeres trabajadoras como, por ejemplo, lesiones directas en las células

reproductoras femeninas (óvulos), pudiendo traducirse en una reducción de la fertilidad y/o infertilidad, así como en abortos espontáneos.

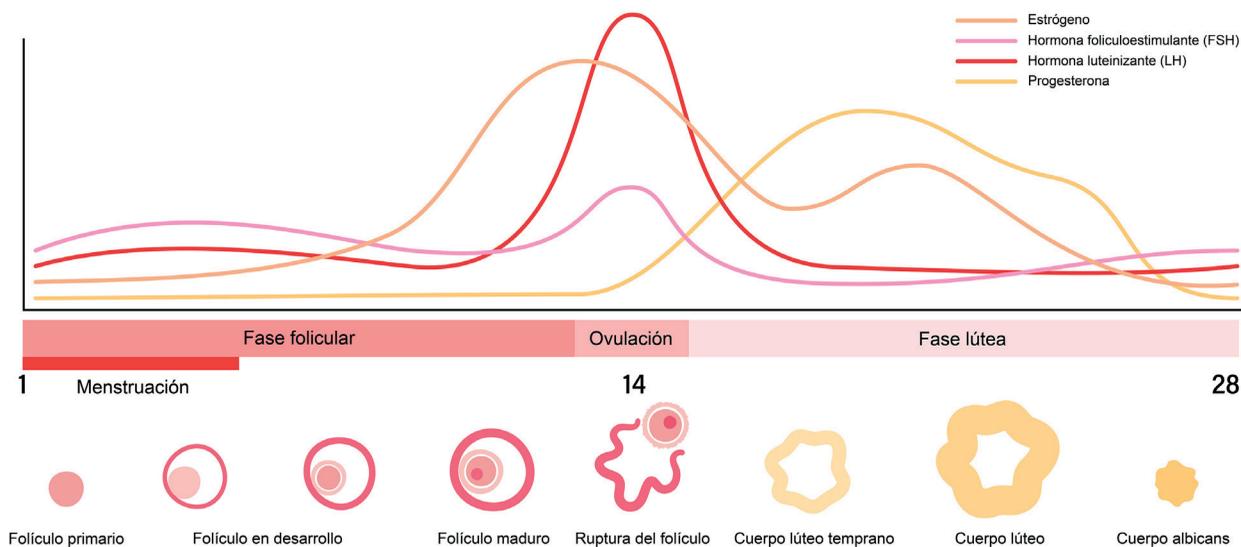
A su vez, puede desencadenar trastornos metabólicos en el organismo de la madre, provocando alteraciones en la maduración del embrión, abortos espontáneos, defectos congénitos de los progenitores, bajo peso al nacer y partos prematuros, entre otros.

Dicha exposición puede dar lugar, además, a un desequilibrio hormonal que provoque cambios en la duración y regularidad del ciclo menstrual y la ovulación, afectando no sólo a su salud reproductiva, sino también al estado de salud general de la mujer. Habitualmente, esto se traduce en periodos menstruales irregulares o amenorrea.

Asimismo, cuando existe exposición de las mujeres embarazadas a agentes reprotóxicos, pueden darse efectos tóxicos directos sobre el feto, por la capacidad que tienen algunas sustancias para atravesar la barrera placentaria, pudiendo, además, verse afectadas las distintas fases del parto.



Ciclo menstrual



Igualmente, estos agentes pueden interferir en la lactancia, produciendo efectos adversos en la salud de los lactantes e induciendo cambios genéticos que pueden transmitirse a las siguientes generaciones, pudiendo tener efectos en el desarrollo posnatal de la descendencia.

En el caso concreto del plomo y sus compuestos inorgánicos, el 90 % del plomo absorbido se distribuye y almacena en tejidos mineralizados, como huesos y dientes, pudiendo permanecer en ellos hasta 30 años. En determinados estados fisiológicos de las mujeres, en particular en situaciones de hipocalcemia como el embarazo y la menopausia (osteoporosis), el plomo se moviliza al torrente sanguíneo, donde puede ejercer su acción tóxica (Vahter, Berglund y Akesson, 2004). Adicionalmente, en situaciones en las que existe una menor carga corporal de hierro y, por consiguiente, de hemoglobina, tal y como ocurre durante la menstruación en mujeres en edad fértil, se ve incrementada la toxicidad del plomo, pues compite con el hierro en su acción sobre la hemoglobina, inhibiendo su formación (Vahter *et al.*, 2002).

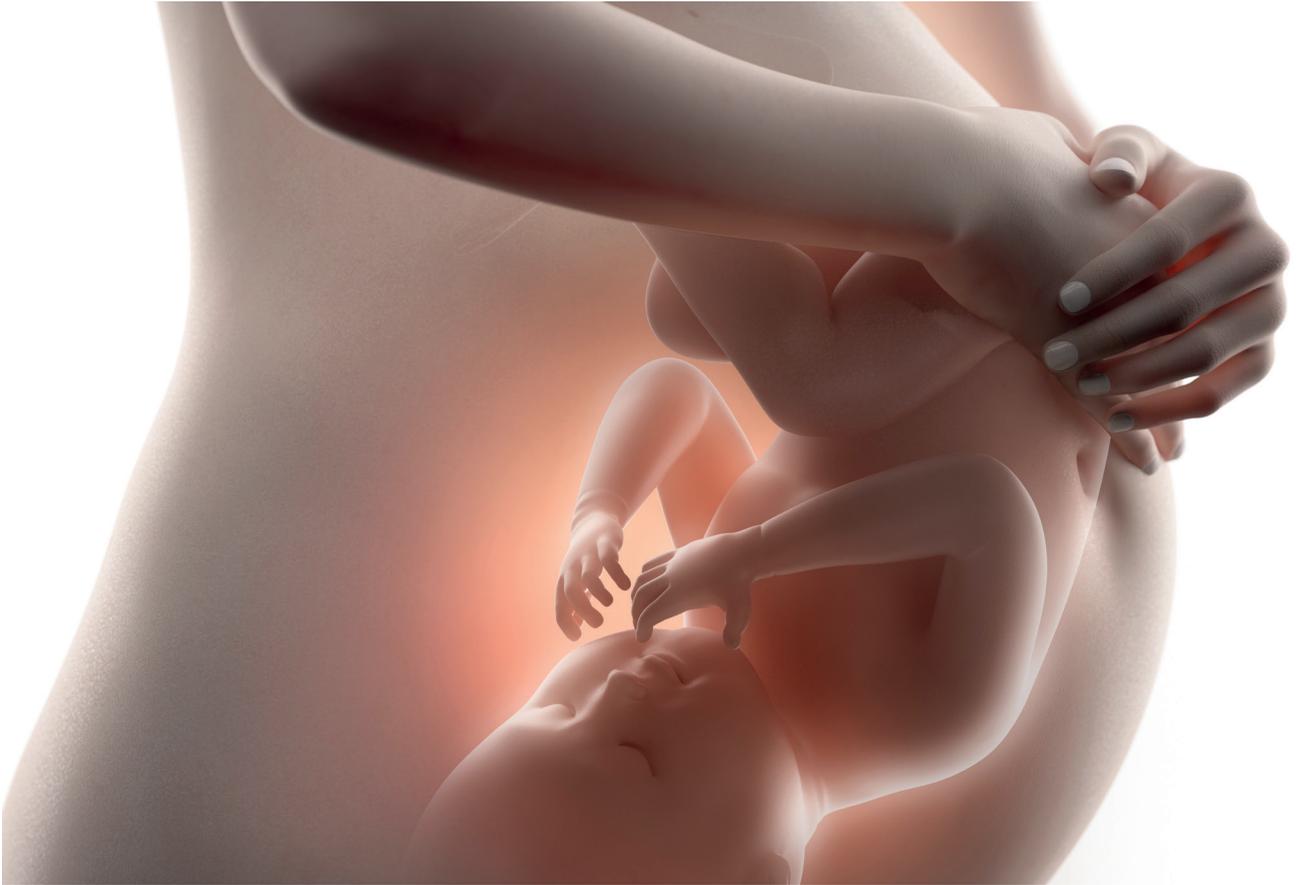
Otras sustancias clasificadas como tóxicas para la reproducción son los disolventes orgánicos, tales como, por ejemplo, 2-metoxietanol, acetato de 2-metoxietilo, 2-etoxietanol, acetato de 2-etoxietilo, N,N-dimetilformamida o N,N-dimetilacetamida, que provocan alteraciones menstruales, disminución de la fertilidad y un mayor riesgo de abortos espontáneos y de defectos congénitos en los recién nacidos. Asimismo, gran cantidad de disolventes pueden atravesar con facilidad la barrera placentaria y pueden

excretarse a través de la leche materna (Barriocanal *et al.*, 2021; Kumar, Sharma y Kshetrimayum, 2019).

Efectos en la salud de los hombres

Al contrario de lo que ocurre en las mujeres, los hombres pueden producir espermatozoides (células reproductoras masculinas) a lo largo de toda su vida. Sin embargo, el aparato reproductor masculino también se ve afectado con los años, produciéndose cambios graduales degenerativos como, por ejemplo, la reducción de los niveles hormonales y la disminución de la calidad seminal, entre otros (Lamm y Porias, 2007).





La exposición a agentes reprotóxicos no sólo puede acelerar estos procesos, sino que también puede provocar ciertos efectos adversos sobre la función sexual. Entre ellos, destacan el daño directo en las células reproductoras masculinas y las alteraciones en el sistema hormonal masculino, que pueden traducirse en efectos relacionados con el esperma, como la disminución de la concentración de los espermatozoides, la reducción de su motilidad o la alteración de su morfología que, a su vez, puede acompañarse de disfunción eréctil, efectos en la libido y problemas en la eyaculación, así como de una reducción de la fertilidad y/o infertilidad.

A modo de ejemplo, algunos disolventes orgánicos pueden tener efectos significativos en la fertilidad masculina, tales como reducción del número de espermatozoides y mayor dificultad para concebir (EU-OSHA, 2022).

También existen evidencias que demuestran que la exposición a plomo produce efectos tóxicos sobre el sistema reproductor masculino, incluyendo reducción de la libido, alteración en la espermatogénesis (reducción en cantidad y motilidad e incremento de formas anormales de los espermatozoides), daño cromosómico, función prostática anormal y cambios en los niveles de testosterona; todos ellos relacionados con la infertilidad (Ucra *et al.*, 2008).

Efectos en la salud de la descendencia

La exposición laboral a agentes reprotóxicos, tanto por parte de mujeres como de hombres, puede desencadenar efectos adversos en el desarrollo posnatal posterior de la descendencia. Entre ellos, se encuentra un mayor riesgo de desarrollar cáncer infantil y cáncer de testículo en varones; una mayor propensión a padecer alergias; un mayor riesgo de malformaciones cardíacas; un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad; y un mayor riesgo de sufrir alteraciones en el desarrollo neurológico.

En este sentido, es importante considerar la toxicidad intrauterina ejercida por el plomo sobre el feto, de ahí la importancia de prevenir su absorción en mujeres en edad fértil. Esto se ha relacionado con complicaciones durante el embarazo, representando un riesgo para el feto al atravesar con facilidad la barrera placentaria, pudiendo afectar al sistema nervioso central y disminuir el desarrollo mental, provocar daño cerebral, así como desencadenar otros efectos como menor crecimiento fetal y bajo peso al nacer, anemia, debilidad muscular, etc. Algunos de estos efectos podrían permanecer durante la edad adulta (EU-OSHA, 2022).

Con el fin de evitar y prevenir todos los efectos perjudiciales en la salud antes descritos y de conferir un nivel de protección

uniforme a las personas trabajadoras expuestas laboralmente a agentes cancerígenos, mutágenos o reprotóxicos, a nivel comunitario se ha aprobado la Directiva (UE) 2022/431, que ha modificado, a su vez, la Directiva 2004/37/CE, relativa a la protección de las personas trabajadoras contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo. Esta directiva ha sido transpuesta al ordenamiento jurídico español a través del Real Decreto 612/2024, que modifica el Real Decreto 665/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo, incluyendo en su ámbito de aplicación los agentes reprotóxicos de las categorías 1 A y 1 B.

Estas modificaciones en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo evidencian que, aunque situaciones como el embarazo, el postparto y la lactancia han sido especialmente protegidas en la normativa, hay sustancias y mezclas químicas que no sólo afectan a la salud de las mujeres embarazadas, sino que de igual modo pueden afectar a las mujeres no embarazadas, a los hombres y a la descendencia (EU-OSHA, 2016).

CARACTERIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN LABORAL A AGENTES REPROTÓXICOS

Además de las diferencias relacionadas con el sexo, las diferencias relacionadas con el género en el mercado laboral pueden influir en el nivel, la frecuencia y el origen de la exposición a sustancias químicas (OIT, 2021).

La [Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021. Datos España](#) pone de manifiesto que el 15 % de las personas

trabajadoras en España dicen estar expuestas a sustancias químicas “siempre o casi siempre”, observándose una mayor frecuencia en el caso de las mujeres (17,1 % frente a un 13 % de hombres). La actividad económica en la que se obtuvieron resultados más elevados de exposición a productos o sustancias químicas fue Salud y servicios sociales, con un 29,5 %.

En lo relativo a la exposición a agentes reprotóxicos, cabe destacar que existe una gran variedad de sustancias que están clasificadas como tóxicas para la reproducción, con múltiples aplicaciones industriales (Reglamento CLP). En concreto, la Comisión Europea estima que la exposición laboral a estos agentes podría ser la causa de hasta 1.274 casos nuevos anuales de problemas de salud reproductiva en Europa, siendo el plomo la sustancia que más contribuiría a ello (Comisión Europea, 2021).

En estos términos, resalta especialmente el plomo y sus compuestos inorgánicos, que representan cerca de la mitad de toda la exposición profesional a agentes reprotóxicos, estimándose que 1,45 millones de personas trabajadoras en la Unión Europea están potencialmente expuestas a ellos, sin haberse encontrado datos segregados por sexo (Directiva 2024/896; *Roadmap on carcinogens*, 2025).

Son muchos los sectores de actividad que se ven afectados por los riesgos asociados a los agentes cancerígenos, mutágenos y reprotóxicos, entre los cuales se encuentran (lista no exhaustiva): el sector de la edificación y las obras públicas; los ferrocarriles y la construcción naval; la metalurgia; la industria del vidrio; la industria química y farmacéutica; la industria del cuero y el caucho; la industria petrolera; la industria maderera; la agricultura; los laboratorios de investigación; el sector sanitario; el mantenimiento; o la limpieza (INRS, 2017).

Figura 1. Manipular o tener la piel en contacto con productos o sustancias químicas según sexo



Base: total de trabajadores (N= 2.903)

Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo del año 2021. Datos España (INSST, 2023).



En algunos de estos sectores, los trabajadores constituyen la mayoría de la mano de obra y están más expuestos a estos riesgos como, por ejemplo, el sector de la construcción (11,5 % de hombres frente un 1,3 % de mujeres) (OIT, 2010; INE, 2024). Sin embargo, la exposición a sustancias químicas de las trabajadoras está aumentando drásticamente y a menudo se subestima (Hohenadel *et al.*, 2015; IPEN, 2020). Además, hay diferentes sectores feminizados en los que las trabajadoras están más expuestas a los riesgos químicos como, por ejemplo, el sector sanitario y los servicios sociales (15,9 % de mujeres frente a un 4,2 % de hombres) (INE, 2024).

En este sentido, un estudio publicado en el año 2017 (Kyung-Taek) en el que se revisó la literatura existente relacionada con el impacto en la función reproductiva de los agentes reprotóxicos en el ámbito laboral y la necesidad de su manejo seguro para proteger la salud de la población trabajadora, recoge entre sus resultados las industrias con mayor riesgo de sufrir efectos adversos en la función reproductiva de trabajadoras expuestas. Entre ellos, se encuentran: la industria del cuero y el caucho; la industria química; la industria electrónica (en trabajos de soldadura); la metalurgia; los trabajos de laboratorios de investigación; el sector de la construcción y del transporte; el sector de las comunicaciones; la agricultura; los trabajos con exposiciones mixtas a disolventes; y la industria textil.

Sin embargo, debido a que mujeres y hombres desarrollan diferentes tareas incluso dentro del mismo puesto de trabajo (segregación horizontal), unas y otros se encuentran expuestos a diferentes riesgos incluso teniendo el mismo empleo (Messing *et al.*, 1994; McDiarmid *et al.*, 2000). Esto influye claramente en los riesgos a los que van a estar expuestos trabajadores y trabajadoras, que son específicos de cada sexo (Comisión Europea, 2020).

Por esta razón, es importante evitar adoptar un enfoque aparentemente neutro, que oculta una visión sesgada a lo masculino, al evaluar y prevenir los riesgos, debiendo analizarse y evaluarse las condiciones laborales motivadas por cuestiones biológicas y socioculturales, integrando la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales para garantizar una adecuada protección de la seguridad y salud de toda la población trabajadora.

CONCLUSIONES

En relación con las sustancias tóxicas para la reproducción, a excepción de algunos datos de organismos como la Comisión Europea (2021), no se han encontrado datos representativos segregados por sexo de la población trabajadora que, a nivel europeo y nacional, está expuesta a este

tipo de sustancias. Tampoco se ha encontrado información segregada por sexo sobre los sectores de ocupación y las actividades que utilizan este tipo de agentes, ni los agentes utilizados, ni las cantidades empleadas o generadas en los distintos sectores.

En consecuencia, resulta fundamental exponer la necesidad existente de recopilar, explotar, analizar y compartir estos datos, segregándolos por sexo, así como promover y fomentar la sensibilización, la información y la formación sobre los riesgos que pueden derivarse de la exposición a estos agentes.

Además, es importante estudiar el impacto de estos riesgos teniendo en cuenta no sólo las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, sino también las diferencias socioculturales (de género), ya que todo ello puede influir en los efectos sobre la salud de la población trabajadora, sin que esto pueda conducir en ningún caso a situaciones de discriminación en los lugares de trabajo por las distintas vulnerabilidades que puedan existir entre sexos.

Sólo así se podrá garantizar una integración real y efectiva de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de los riesgos laborales. ●

Referencias bibliográficas

1. Artazcoz, L. 2007. Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social. *Inguruak: Revista vasca de sociología y ciencia política*, 44, pp. 215-228. ISSN 0214-7912.
2. Barriocanal-Gómez, P. [et al.]. 2021. Efectos derivados de la exposición laboral en las mujeres trabajadoras embarazadas expuestas a sustancias peligrosas: revisión sistemática. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 24(3), pp. 263-296. Disponible en: <https://doi.org/10.12961/april.2021.24.03.04>.
3. Beltrán Taurá, P. 2023. Perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales [en línea]. Burjassot: INVASSAT. [Consulta: 02-02-2025]. Disponible en: [AT-230202 Perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales](AT-230202).
4. Birrer, C.; Delva, F. 2021. *Évaluation des risques chimiques reprotoxiques en milieu professionnel: recensement des sources de données en ligne*. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 82 (3), pp. 295-304. ISSN 1775-8785. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.12.009>.
5. Biswas, A. [et al.]. 2021. *Sex and Gender Differences in Occupational Hazard Exposures: a Scoping Review of the Recent Literature*. *Current Environmental Health Reports*, 8, pp. 267-280. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40572-021-00330-8>.
6. Campos Serna, J. [et al.]. 2012. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta Sanitaria*. 26(4), pp.343-351. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>.
7. Champarnaud, A. [et al.]. 2017. *Risques professionnels et grossesse dans les métiers de la coiffure et de l'esthétique : enquête auprès des médecins du travail sur leur pratique*. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 78(6), pp. 485-497. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.admp.2017.05.007>.
8. Clewell, RA., Gearhart, JM. 2002. *Pharmacokinetics of toxic chemicals in breast milk: use of PBPK models to predict infant exposure*. *Environmental Health Perspectives*, 110(6), pp. 333-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1289/ehp.021100333>.
9. Comisión Europea. 2020. Derecho de la Unión Europea. Síntesis de la legislación de la UE. Estrategia para la igualdad de Género 2020-2025 [en línea]. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=legissum:4576339>.
10. Comisión Europea. 2021. Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/safety-and-health-legislation/eu-strategic-framework-health-and-safety-work-2021-2027>.
11. Delgado, A.A.; Abellana, M. 2009. Mujer y Salud: Una mirada desde lo laboral. *Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas*. 5, pp. 503-530. ISSN 1856 – 7878.
12. Directiva (UE) 2024/869, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de marzo de 2024, por la que se modifican la Directiva 2004/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, y la Directiva 98/24/CE del Consejo, en lo que respecta a los valores límite para el plomo y sus compuestos inorgánicos y para los diisocianatos [en línea]. *Diario Oficial de la Unión Europea*. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2024/869/oj>.
13. Eng, A. [et al.]. 2011. *Gender differences in occupational exposure patterns*. *Occupational and environmental medicine*, 68(12), pp. 888-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/oem.2010.064097>.
14. EUROSTAT. 2022. *Gender pay gaps in the European Union: a statistical analysis*. ISBN 978-92-76-48724-1.
15. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). 2006. Estudio de Investigación: Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. Revisión. ISBN 92-9191-121-6.

16. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). 2016. *State of the art report on reproductive toxicants: summary* [en línea]. [Consulta: 02-02-2025]. Publications Office.
Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2802/87916>.
17. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). 2022. *Reproductive effects caused by chemical and biological agents* [en línea]. [Consulta: 02-02-2025].
Disponible en: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/reproductive-effects-caused-chemical-and-biological-agents>.
18. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). 2022. *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risk (ESENER 2019): Overview Report* [en línea]. ISBN 978-92-9479-674-5.
Disponible en: <https://osha.europa.eu/sites/default/files/ese-ner-2019-overview-report.pdf>.
19. Gochfeld, M. 2017. *Sex Differences in Human and Animal Toxicology: Toxicokinetics*. *Toxicologic Pathology*, 45(1), pp. 172-189.
Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0192623316677327>.
20. Havet, N. [et al.]. 2019. *Inequalities in the control of the occupational exposure in France to carcinogenic, mutagenic and reprotoxic chemicals*. *European Journal of Public Health*, 29(1), pp.140-147.
Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky130>.
21. Hohenadel, K. [et al.]. 2015. The inclusion of women in studies of occupational cancer: a review of the epidemiologic literature from 1991-2009. *American Journal of Industrial Medicine*, 58 (3), pp. 276-81. <https://doi.org/10.1002/ajim.22424>
22. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2021. *Exposure to hazardous chemicals at work and resulting health impacts: A global review* [en línea]. [Consulta: 03-02-2025]. ISBN: 978-9-22-034219-0.
Disponible en: <https://www.ilo.org/publications/exposure-hazardous-chemicals-work-and-resulting-health-impacts-global>
23. Instituto Nacional de Estadística (INE). 2024. Actividad, ocupación y paro. Mercado laboral. Encuesta de población activa. Resultados nacionales. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: [Ocupados por sexo y rama de actividad. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada sexo \(65123\)](#).
24. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). 2017. *Risques, Agents chimiques CMR*. [Consulta: 03-02-2025].
Disponible en: <https://www.inrs.fr/risques/cmr-agents-chimiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
25. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). 2017. *Risques, Reproduction*. [Consulta: 03-02-2025].
Disponible en: <https://www.inrs.fr/risques/reproduction/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
26. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). 2023. Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021. Datos España - Año 2023. [Consulta: 03-02-2025].
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/encuesta-europea-de-condiciones-de-trabajo-2021-datos-espana-2023>.
27. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). 2023. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. [Consulta: 03-02-2025].
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027>
28. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). 2023. Plan de acción 2023-2024: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. [Consulta: 03-02-2025].
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-divulgativo-y-audiovisual/folletos/plan-de-accion-2023-2024-eesst-2023-2027>.
29. International Pollutants Elimination Network (IPEN). 2020. *Women, chemicals and the SDGs. Gender Review Mapping with a focus on Women and Chemicals: Impact of Emerging Policy Issues and the relevance for the Sustainable Development Goals*.
Disponible en: https://ipen.org/sites/default/files/documents/ipen-gender-chemicals-report-v1_6dw-en.pdf.
30. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). 2014. *Études et recherches. Rapport R-842. Expositions professionnelles à des contaminants chimiques et physiques. Analyse différenciée selon le sexe*. ISBN: 978-2-89631-756-1 OS.
31. Kumar, S., Sharma, A., Kshetrimayum, C. 2019. *Environmental & occupational exposure & female reproductive dysfunction*. *Indian Journal of Medical Research*, 150(6), pp. 532-545.
Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1652_17.
32. Kyung-Taek, R. 2017. *Reproductive Toxic Chemicals at Work and Efforts to Protect Workers' Health: A Literature Review*. Safety and health at work, 8(2), pp. 143-150.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.04.003>.
33. Lamm, W.L., Porias, C.H. 2007. Cambios fisiológicos durante el envejecimiento del sistema reproductor masculino. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15(4), pp. 207-216. ISSN 0188-9796.
34. Ledda, C., Duclos, M., Martínez-Jarreta, B. 2022. *Editorial: Women in science: Occupational health and safety 2021*. *Frontiers in public health*, 10.
Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1064075>.
35. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre.
Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
36. McDiarmid, M. [et al.]. 2000. *Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: personal attributes or job tasks?* *Environmental research*. 83(1), pp. 23-32.
Disponible en: <https://doi.org/10.1006/enrs.2000.4042>

37. Messing, K. [et al.]. 1994. *Evaluation of exposure data from men and women with the same job title*. Journal of occupational medicine: official publication of the Industrial Medical Association. 36(8), pp. 913-917.
38. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Hábitos de vida. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/2_CAP_17.pdf.
39. Ministerio de Sanidad. 2023. Protocolización de la vigilancia sanitaria específica de las personas con riesgo de exposición laboral a productos químicos. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiaQUIMICOS.pdf>.
40. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 1999. *The effects of workplace hazards on female reproductive health*. Disponible en: [The Effects of Workplace Hazards on Female Reproductive Health | NIOSH | CDC](https://www.cdc.gov/niosh/publications/NIOSH-99-100.pdf).
41. Observatorio de las Ocupaciones. 2024. Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres. Estatal. Datos 2023. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: https://www.igualdadnlaempresa.es/recursos/CentroDocumentacion/docs/Informe_del_Mercado_de_Trabajo_de_las_Mujeres_2024.pdf.
42. Olmos Llorente, M. 2023. Perspectiva de género en la exposición laboral a contaminantes químicos. R.M. Vallejo Dacosta y M. González Labrada (dir.). Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/129437>.
43. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN). 2019. Pautas para la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. Actualización con herramientas para su implantación. ISBN: 978-84-95859-85-3.
44. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2011. Productos químicos y género. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/publicaciones/productos-quimicos-y-genero>.
45. Quinn, M.M. 2011. *Why do women and men have different occupational exposures?* Occupational and environmental medicine. 68 (12), pp. 861-862. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100257>.
46. Reglamento (CE) nº 1272/2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas. Diario Oficial de la Unión Europea. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2008-82637>.
47. Rim, K.T. 2017. *Reproductive Toxic Chemicals at Work and Efforts to Protect Workers' Health: A Literature Review*. Saf Health Work. 8(2), pp. 143-150. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.04.003>.
48. Roadmap on carcinogens. 2025. *Stop carcinogens at work. The facts on Lead compounds*. [Consulta: 03-02-2025]. Disponible en: <https://stopcarcinogensatwork.eu/fact/lead-compounds/>.
49. Salvador, V.J.; Marco, J.F. 2012. Fundamentos y técnicas de la reproducción. pp. 11-13. ISBN 978-84-8363-852-1.
50. Uca, S. [et al.]. 2008. Exposición ocupacional a plomo y pesticidas organofosforados: efecto sobre la salud reproductiva masculina. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 25(4), pp.394-402. ISSN 1726-4634.
51. Vahter, M., Berglund, M. & Akesson, A. 2004. *Toxic metals and the menopause*. The journal of the British Menopause Society, 10(2), pp. 60-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/136218004774202364>.
52. Vahter, M. [et al.]. 2002. *Metals and women's health*. Environmental research, 88(3), pp. 145-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1006/enrs.2002.4338>.
53. Vitthalrao, C., Bhausahab, P., Pandurang, M. 2023. *Adverse Effect of Reprotoxic Substances on Human Health*. AYUSHD-HARA, pp. 79-87. Disponible en: <https://doi.org/10.47070/ayushdhara.v9i6.1119>.

Exposición a riesgos psicosociales del personal sanitario: una cuestión de género

Mireia Utzet Sadurní

Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra
Hospital del Mar Research Institute
Ciber de epidemiología y salud

El sistema sanitario español enfrenta desafíos estructurales como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la falta de recursos. Esta situación se vio agravada por la pandemia de la COVID-19. El sector sanitario está altamente feminizado, con mujeres ocupando mayoritariamente los puestos con peores condiciones laborales y, entre otros, con mayor exposición a riesgos psicosociales. Además, se produce una segregación por género y clase ocupacional de manera que las auxiliares de enfermería y el personal de apoyo son los colectivos más vulnerables. Datos recientes muestran una intensificación de la exposición a riesgos psicosociales, así como un aumento de trastornos de salud mental (como ansiedad y burnout) y musculoesqueléticos entre el personal sanitario. Es urgente una evaluación constante de los riesgos psicosociales en el sector, con enfoque en la prevención y equidad de género y ocupación. Mejorar las condiciones laborales del personal sanitario es clave para su bienestar y para garantizar una atención de calidad.

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario español es un pilar fundamental para la cohesión y el bienestar social y económico. En las últimas décadas, ha experimentado transformaciones cruciales como la feminización del personal médico y también ha enfrentado desafíos como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y complejidad de numerosas enfermedades, así como la

insuficiencia de recursos humanos (y materiales) en las instituciones sanitarias. Estos desafíos han puesto en jaque a las condiciones de trabajo, la seguridad y la salud del personal sanitario, así como la capacidad para atender las necesidades de la población con calidad y equidad. En este contexto estalló la pandemia de la COVID-19. Durante más de dos años, el personal sanitario fue un grupo laboral particularmente vulnerable, con uno de los mayores riesgos de infección y de trastornos emocionales y



mentales. Se enfrentaron a escenarios difíciles y a nuevos dilemas morales, trabajaron bajo presión extrema, con condiciones laborales cambiantes y mayores demandas emocionales y carga de trabajo.

En estas circunstancias, es esencial no solo aprender de las lecciones que nos ha dejado la crisis sanitaria de la COVID-19, sino abordar retos que parecen enquistados en el sistema, como la exposición del personal sanitario a riesgos laborales psicosociales y las consecuencias que tiene para su salud mental y física y, por lo tanto, para la sostenibilidad del sistema de salud. En este artículo exploraremos cómo estos factores de riesgo psicosocial impactan en la salud y el bienestar del personal sanitario en España, destacando la necesidad de un abordaje desde la perspectiva de género y su intersección con la ocupación.

¿QUIÉN CONFIGURA EL PERSONAL SANITARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD? UN ANÁLISIS TENIENDO EN CUENTA EL GÉNERO Y LA OCUPACIÓN

En España hay aproximadamente 1,3 millones de personas ocupadas en actividades sanitarias, lo que supone casi el 7 % de la población ocupada total (1). Las organizaciones sanitarias

cuentan con profesionales de una amplia diversidad de ocupaciones. Podemos distinguir entre personal sanitario con atención directa al paciente, como el personal de medicina y enfermería, con competencias y funciones autónomas, o quienes desempeñan funciones de apoyo en la atención sanitaria, como auxiliares de enfermería, siguiendo una clara jerarquía. Esto se refleja en unas condiciones de empleo y trabajo desiguales y diferentes, de manera que el personal auxiliar de enfermería es quien tiene mayor exposición a peores condiciones de trabajo (2). Por otro lado, se encuentra el personal sin atención directa a pacientes, como el personal de limpieza, mantenimiento o seguridad, que suele estar invisibilizado a nivel institucional, social y científico, lo que puede implicar unas condiciones laborales más precarias. Esta situación suele agravarse por la externalización generalizada de estos servicios que hacen las organizaciones sanitarias (3).

Como sucede en todos los empleos del sistema de cuidados, el sector sanitario está altamente feminizado y tiene una clara segregación vertical por razón de género. Veamos algunas cifras: la Organización Mundial de la Salud publicó en 2019 un informe en el que destacó que el 70 % del personal sanitario son mujeres, que se enfrentan habitualmente a peores condiciones laborales, con menos probabilidades de tener un empleo a tiempo completo y menores salarios (4). Este porcentaje es parecido al que se da en el sector sanitario y sociosanitario

español. Además, la proporción de mujeres en puestos peor remunerados es mayor (hasta el 90 % entre las auxiliares de enfermería o el 85 % entre personal de enfermería) y significativamente menor en ocupaciones altamente cualificadas (alrededor del 60 % de los profesionales de la medicina y el 25 % de los puestos de liderazgo están ocupados por mujeres). Todo esto es un reflejo de las dificultades que todavía tienen las mujeres para acceder a cargos de responsabilidad dentro de las organizaciones, el llamado “techo de cristal”, y para progresar en su carrera profesional, concentrándose en los puestos más bajos de la escala laboral con las peores condiciones laborales y los salarios más bajos, el llamado “suelo pegajoso” (5). Además, las mujeres acostumbran a soportar una doble carga de trabajo y a compaginar su trabajo remunerado con el doméstico/familiar. Así, aunque el sector sanitario está feminizado, las mujeres ocupan puestos menos complejos, de menor responsabilidad jerárquica y prestigio y tienen más dificultad para promocionar y peores condiciones laborales. Por tanto, la perspectiva de género tiene un papel esencial en la descripción y el análisis de las condiciones de empleo y, por lo tanto, debería tenerlo también en las propuestas de prevención e intervención.

Además, en España, a diferencia de otros países europeos, la feminización de las ocupaciones sanitarias (especialmente aquellas tradicionalmente masculinas y que necesitan formación universitaria) se ha producido de una manera muy drástica en el tiempo, de manera que, en pocos años, la medicina (y ya no sólo la enfermería) se ha convertido en uno de los principales caminos de profesionalización para mujeres de clase media. Todo esto ha ocurrido en paralelo y, probablemente, ha agravado una pérdida de estatus del sector debido a un aumento del control de las instituciones sanitarias sobre el personal sanitario a costa de aumentar los procesos rutinarios, disminuir su autonomía o control y reducir los costes (con estancación de ingresos) (6).

¿QUÉ ENTENDEMOS POR RIESGOS PSICOSOCIALES?

Un factor de riesgo laboral es “cualquier objeto, sustancia, forma de energía o característica de la organización del trabajo que puede contribuir a provocar un accidente de trabajo, a agravar las consecuencias o a provocar, incluso a largo término, daños en la salud de las personas trabajadoras” (7). Entre los factores de riesgo laboral destacan los riesgos psicosociales, que son aquellas condiciones laborales derivadas de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo. Los riesgos psicosociales actúan fundamentalmente a través de procesos psicológicos como el estrés y que, en ciertas circunstancias de

intensidad, frecuencia y duración, pueden provocar enfermedades (8). Desde hace algunos decenios, la asociación entre problemas de salud y la exposición a riesgos laborales va más allá de las enfermedades tradicionales derivadas de la exposición a riesgos tradicionales como el químico o el biológico, abarcando también la exposición a los riesgos psicosociales.

El personal sanitario, en sus diversas categorías, es particularmente vulnerable en este sentido, puesto que las características intrínsecas de su trabajo diario implican que pueda estar expuesto a elevadas demandas emocionales¹, lo que le hace más susceptible de sufrir las consecuencias de la exposición constante a otros factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo. Además, este colectivo está expuesto a una organización del trabajo muy determinante y particular, vinculada a largas jornadas de trabajo, turnos y horarios de trabajo variables, guardias de 24 horas, falta de personal y ratios pacientes/profesionales excesivos, que condicionan la exposición a riesgos psicosociales y pueden repercutir en su salud y en su bienestar físico y mental.

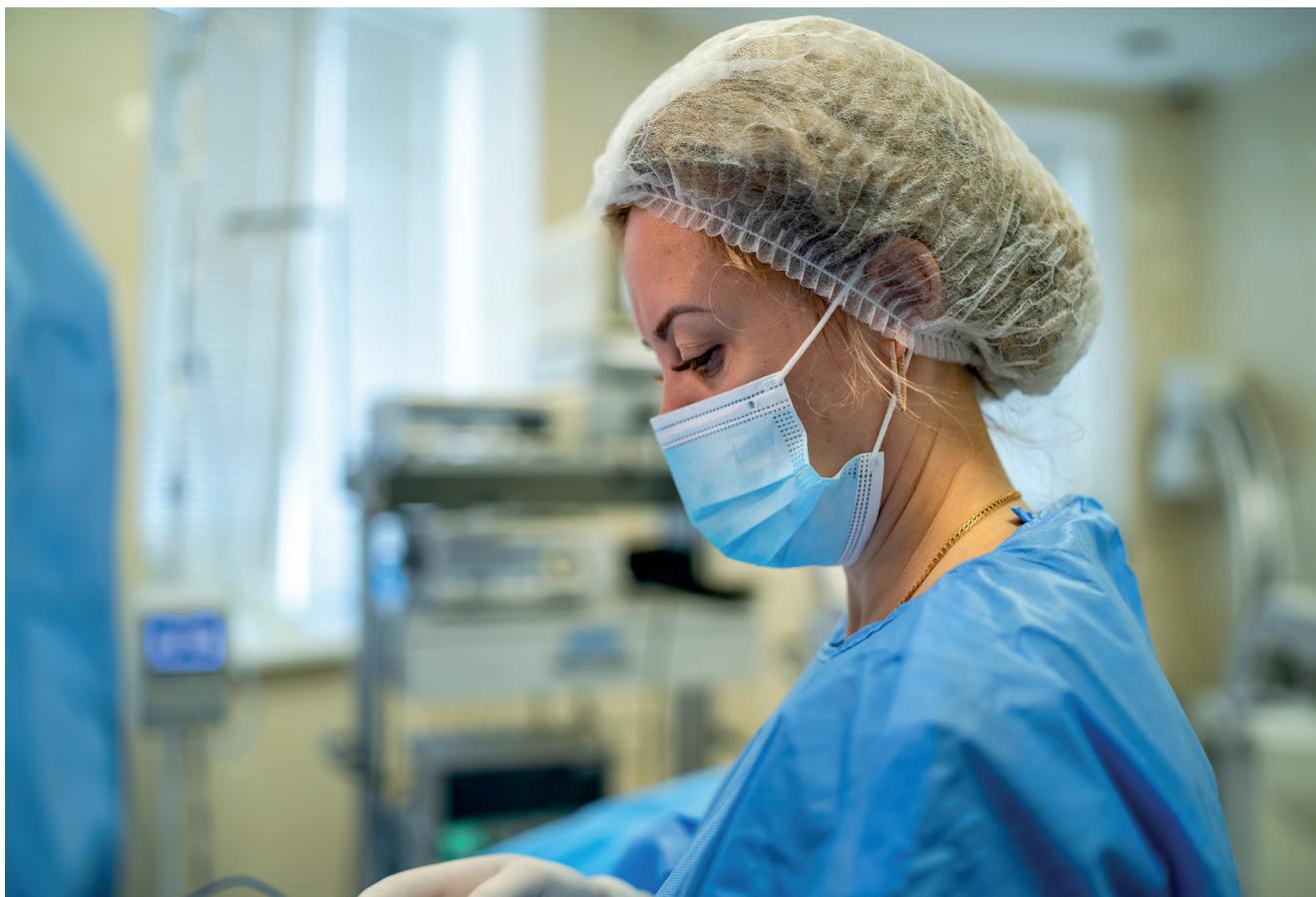
CUANTIFICANDO LA EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO

Si analizamos los datos de manera global (sin distinguir por sexo ni por ocupación), a partir de las dos últimas ediciones de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España, realizadas en 2015 (9) y en 2021 (10), vemos que es en el sector sanitario en el que, con mayor frecuencia, los y las profesionales se enfrentan a situaciones emocionalmente molestas (el 42,9 % en 2021; el 36 % en 2015) y cuentan con menos apoyo de sus superiores² (el 15,2 % en 2021, no disponible en 2015). También es el tercer sector en exigencias cuantitativas³ del trabajo, de manera que uno de cada dos profesionales tiene que trabajar a gran velocidad (el 52,4 % en 2021; el 23 % en 2015). En relación con la violencia laboral, es uno de los sectores más afectados, siendo el tercero en cuanto al porcentaje de profesionales que han sufrido ofensas verbales o amenazas (el 9,9 % en 2021; el 15 % en 2015) y el segundo en acoso laboral y violencia (el 7,7 % en 2021; el 5 % en 2015). Además, tal y

1 Son las exigencias para mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de la clientela o personas usuarias. Estas exigencias son inherentes a trabajos en los que dar servicios a personas es central.

2 El apoyo de un superior implica recibir la ayuda necesaria cuando se necesita por parte de los superiores para realizar bien el trabajo.

3 Las exigencias psicológicas cuantitativas muestran la cantidad de trabajo que se tiene que hacer y el tiempo disponible para hacerlo.



como muestran los datos, hay una clara degradación de estas condiciones de trabajo entre el 2015 y el 2021.

Por otro lado, la exposición a riesgos psicosociales afecta de manera diferente y desigual a mujeres y hombres, así como a las diferentes categorías ocupacionales, revelando una compleja interacción entre género y ocupación. En términos de población asalariada en general, se ha demostrado que las mujeres son contratadas en ocupaciones en las que las tareas monótonas y repetitivas son más frecuentes, tienen menos influencia⁴ y posibilidades de desarrollo⁵, están contratadas más frecuentemente con contratos temporales y en jornadas a tiempo parcial (5) y tienen un salario inferior y menos perspectivas de promoción que sus homólogos masculinos. Es decir, las mujeres están más presentes en ocupaciones con peores prácticas empresariales que condicionan una mayor exposición a los factores psicosociales de riesgo (11). En cuanto a la segmentación por ocupación,

4 Se trata del margen de autonomía en el trabajo, las tareas a realizar, el orden, los métodos, etc. Se relaciona con la participación de cada persona trabajadora en las decisiones fundamentales del trabajo en el día a día.

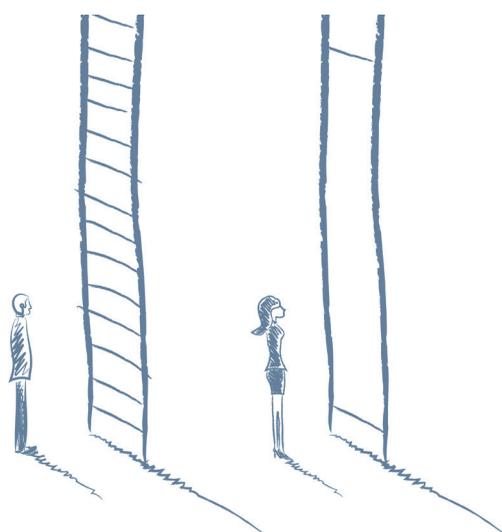
5 Se refiere a las oportunidades que ofrece la realización de la ocupación para poner en práctica los conocimientos, las habilidades y la experiencia de las personas trabajadoras y para adquirir nuevas.

sabemos que las personas empleadas en ocupaciones manuales presentan una elevada exposición a altas exigencias, pero también poco control y pocas posibilidades de desarrollo (12) y presentan un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa⁶ más prolongado en el tiempo que en las ocupaciones no manuales (13).

Los pocos datos disponibles que analizan de forma separada a mujeres y a hombres en las distintas ocupaciones del sector sanitario muestran cómo esta realidad también es patente en este sector, siendo el género y la clase ocupacional factores de desigualdad en la exposición a riesgos psicosociales. Las mujeres y, especialmente, las que trabajan como auxiliares, a menudo se ven expuestas a condiciones que pueden intensificar su vulnerabilidad, como la doble presencia⁷, un ritmo elevado de

6 Explica el estrés laboral y sus efectos en la salud en función de la reciprocidad o equilibrio entre el esfuerzo de la persona trabajadora, entendido como una mezcla de obligaciones y demandas y las recompensas que obtiene del trabajo, básicamente reconocimiento, control y salario.

7 El trabajo doméstico y familiar supone exigencias cotidianas que se tienen que asumir de manera simultánea con las del trabajo remunerado. Es decir, la exposición simultánea a la responsabilidad doméstica y laboral, la acumulación de las demandas y horas de trabajo y la sincronía de tiempo entre los dos roles se convierten en un factor de riesgo psicosocial.



Inequality

trabajo, bajas posibilidades de desarrollo o altas exigencias emocionales que, tal y como hemos comentado, son inherentes a la profesión sanitaria y no se pueden eliminar o reducir en su origen.

Antes de la pandemia de la COVID-19, las mujeres sanitarias eran las más desfavorecidas en la exposición a riesgos psicosociales en comparación con los hombres (14). Se ha descrito ampliamente que, durante el primer año de la pandemia, esta relación se mantuvo e incluso se hizo más evidente, de manera que las mujeres seguían padeciendo mayor presión laboral que en el inicio (15). Las condiciones de trabajo del personal sanitario durante el primer año de la crisis sanitaria intensificaron el estrés entre las mujeres, esencialmente por un aumento del ritmo de trabajo y por la doble presencia, situación agravada por las jornadas asociales y por los cambios de turno con preavisos cortos, habituales en la profesión (16).

En lo que se refiere a la clase ocupacional, los pocos datos disponibles evidencian que las personas empleadas en ocupaciones manuales han sido las más perjudicadas durante la pandemia. El de auxiliares de geriatría y de enfermería fue el colectivo más perjudicado en comparación con el resto de las

categorías profesionales por aspectos como la doble presencia, las bajas posibilidades de desarrollo y la inseguridad de encontrar un nuevo trabajo en caso de perder el actual. Esto convierte a la clase manual en el grupo más vulnerable a la exposición a riesgos psicosociales (16).

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS EXPOSICIONES A RIESGOS PSICOSOCIALES

Las condiciones de trabajo son uno de los determinantes sociales de la salud⁸ y, como tales, pueden ser fuente de bienestar social y psicológico o de alienación y problemas relacionados con la salud (17). Aunque la relación entre la organización del trabajo, el entorno psicosocial y la salud no siempre es tan evidente como lo es con otros factores de riesgo laboral, como el ruido o las sustancias químicas, existe evidencia científica de la asociación entre la exposición a ciertos riesgos psicosociales y a trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad o el *burnout* (18); también de su impacto en la salud cardiovascular (18); así como en trastornos musculoesqueléticos (19), entre otros.

Analicemos, pues, los indicadores relativos a la salud mental y física del personal sanitario. Si nos remitimos a los datos de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo de 2015 y de 2021, el sector salud es el que, en ambos años, presenta la mayor prevalencia en dolor de espalda (70,3 % en 2021; 55 % en 2015), dolor de miembro superior (70,2 % en 2021; 52 % en 2015) y ansiedad (56,3 % en 2021; 26 % en 2015). Se trata de cifras alarmantes. Pero aún hay más: una reciente revisión sistemática que incluye artículos desde 1998 hasta 2023, concluye que la prevalencia de síntomas de *burnout* afecta a uno de cada cuatro profesionales de la medicina (20). Esta situación de salud mental del personal sanitario está condicionada, en parte, por el estrés derivado de la elevada exposición a factores psicosociales de riesgo. De hecho, el sector sanitario se sitúa entre los primeros en cuanto a ocupaciones más estresantes (21). Otras revisiones han mostrado que el personal sanitario presenta tasas elevadas de bajo bienestar emocional, ansiedad, depresión, agotamiento y consumo de tranquilizantes, sedantes y/o fármacos para dormir en comparación con otros sectores laborales (22). Finalmente, el análisis de perfiles profesionales específicos en el sector sanitario sugiere mayores tasas

⁸ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

de prevalencia de problemas de salud mental en todas las mujeres del sector, así como en el personal de enfermería, auxiliares y técnicos/as de emergencias médicas (23).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta todos los datos expuestos en este artículo, pensamos que es urgente la evaluación real y constante de los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario para hacer una buena prevención en origen, teniendo en cuenta las desigualdades de género y de clase ocupacional. Para ello, es necesario sensibilizar, motivar y comprometer a todos los agentes implicados, así como monitorizar las condiciones de trabajo, empleo y salud del personal sanitario (24). La feminización de la profesión, junto con la alta carga emocional y física que enfrentan las personas del sector de la salud, hace necesario un enfoque que aborde esencialmente las causas estructurales y organizacionales del riesgo. Solo con una prevención adecuada y adaptada a

las necesidades específicas de cada colectivo se podrá garantizar, no solo la protección de la salud mental y física del personal sanitario y sus condiciones óptimas de trabajo y empleo, sino también la calidad de la atención que brindan a la comunidad. Se trata de un compromiso establecido en la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) (25), alineado con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026), que define el trabajo y el entorno laboral como determinantes de la salud mental de las personas e incluye la prevención de la salud mental en el trabajo por parte de las empresas (26).

AGRADECIMIENTOS

Este artículo no habría sido posible sin la investigación sobre el personal sanitario llevada a cabo en Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL) por parte de Fernando G. Benavides, Consol Serra y Noelia Rolando, entre otras personas investigadoras. ●

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. [Consultado el 1/2025]. Disponible en: <https://www.ine.es>.
2. Llop-Gironés, A., Vra ar, A., Llop-Gironés, G., et al. *Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?* Hum Resour Health. 2021;19:1–11.
3. Zuberi, D.M., Ptashnick, M.B. *The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: the experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canada.* Soc Sci Med. 2011; 72:907–11.
4. Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., et al. *Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries.* Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>.
5. Toms, T., Cáceres C.R. Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de economía crítica.* 2012;14:178-202.
6. Vega, P.V. La feminización de las profesiones sanitarias. Fundación BBVA; 2010.
7. Castejón, E. La evaluación de riesgos: una reflexión. *Salud y Trabajo*, 111-112. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 1995.
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), 2021. *¿Qué es un factor de riesgo psicosocial?* <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales>.
9. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 2017. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS. España. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/encuesta-nacional-condiciones-trabajo-2015-6-ewcs-espana-ano-2017>.
10. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), 2023. Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021. Datos de España. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/encuesta-europea-de-condiciones-de-trabajo-2021-datos-espana-2023>.
11. Llorens, C., Alós, R., Cano, E., Font, A., Jódar, P., López, V., et al. *Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach.* *Scandinavian Journal of Public Health.* 2010; 38(3 Suppl): 125-136.
12. Johnson, J.V. *Globalization, workers' power and the psychosocial work environment: is the demand-control-support model still useful in a neoliberal era?* *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Supplements.* 2008; 6: 15-21.
13. Chandola, T., Siegrist, J., Marmot, M. *Do changes in effort-reward imbalance at work contribute to an explanation of the social gradient in angina?* *Occupational and Environmental Medicine.* 2005; 62: 223-230.
14. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). *Exposiciones psicosociales laborales en España: una mirada de clase y de género.* Barcelona, 2019. Disponible en: <https://istas.net/sites/default/files/2019-04/INFORMEGENEROYCLASE.pdf>.

15. Mele, B.S., Holroyd-Leduc, J.M., Harasym, P., Dumanski, S.M., Fiest, K., Graham, I.D., et al. *Original research: Healthcare workers' perception of gender and work roles during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study*. *BMJ Open*. 2021; 11(12):56434.
16. Moreno Martínez, M., Feijoo-Cid, M., Fernández-Cano, M.I., Llorens-Serrano, C., Navarro-Giné, A. *Psychosocial risk in healthcare workers after one year of COVID-19*. *Occupational Medicine*. 2024; 74(1): 37-44.
17. Benach de Rovira, J., Alonso, F., Álvarez Alonso, D., Artaco, L., Cabanas Díaz, E., González Callado, B., et al. *Precariedad laboral y salud mental. Conocimientos y políticas. Sinopsis del Informe PRESME*. 2023; 161:127-42.
18. Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. *Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis*. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2021; 47(7): 489–508.
19. Bezzina, A., Austin, E., Nguyen, H., James, C. *Workplace Psychosocial Factors and Their Association With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Studies*. *Workplace Health & Safety*. 2023;71(12):578-588.
20. Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., Catalá-López, F. *Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis*. *Gac Sanit*. 2024; 2: S0213-9111(24)00031-1.
21. Giga, S.I., Fletcher, I.J., Sgourakis, G., Mulvaney, C.A., Vrkljan, B.H. *Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;24; 2018(4):CD013014.
22. Danet, A. *Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review*. *Med Clin (Engl Ed)*. 2021; 7;156(9):449-458.
23. Marta Roqué i Figuls, Consol Serra Pujadas, Eva Madrid, Flor Rivera, María-Inti Metzendorf, José María Ramada, Pablo Alonso-Coello. *Mental health challenges in the EU health and social care sector during COVID-19: strategies for prevention and management*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2024.
24. Benavides, F.G., Utzet, M., Serra, C., Delano, P., García-Gómez, M., Ayala, A. et al. *Salud y bienestar del personal sanitario: condiciones de empleo y de trabajo más allá de la pandemia*. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024. 38(1).
25. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 2015. *Estrategia Española de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*. Disponible en: <https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>.
26. Ministerio de Sanidad. *Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>.

Balance de la doctrina judicial para el reconocimiento de las enfermedades profesionales de las camareras de piso: la importancia de aplicar la perspectiva de género en los trabajos feminizados

Ana Castro Franco, Carolina Martínez Moreno, Henar Álvarez Cuesta y Carmen Grau Pineda

Profesoras de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de León, Universidad de Oviedo, Universidad de León y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, respectivamente

El reconocimiento de una enfermedad como profesional está sujeto a un triple requisito legal: que la enfermedad haya sido contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena en las actividades especificadas en el cuadro de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen en dicho cuadro. Este triple requisito legal de agente, actividad y enfermedad listada, ha dado lugar a que, a menudo, no se hayan considerado como tal algunas de las enfermedades profesionales que más frecuentemente sufren las camareras de piso, ya que esta ocupación no está incluida, de forma expresa, en el epígrafe correspondiente del cuadro de enfermedades profesionales.

Este hecho ha exigido a los tribunales una labor interpretativa de la norma, atendiendo fundamentalmente a su espíritu y finalidad. En este sentido, ha sido fundamental la labor de la Sala IV del Tribunal Supremo, con numerosa jurisprudencia que califica determinadas patologías, dolencias y lesiones como enfermedades profesionales en las actividades de limpieza de las camareras de piso.

En vistas de esta problemática, el Instituto de las Mujeres encargó en 2023 a la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (AEDTSS) el informe “Revisión jurisprudencial de dolencias y patologías de las camareras de piso”¹, cuyas principales conclusiones se recogen en este artículo.

INTRODUCCIÓN

El **boom** del sector turístico en los últimos años ha derivado en una sobrecarga de trabajo para las camareras de piso sin el correlativo dimensionamiento de las plantillas, lo que ha provocado un aumento de los daños a la salud de este colectivo que no son reconocidos como enfermedades profesionales (en adelante, EE PP).

En la hostelería trabajan 953.000 mujeres, un 55,4 % del total de personas que trabajan en el sector (Randstad, 2024). En establecimientos hoteleros, las camareras de piso representan más del 30 % de las plantillas de personal propio o externalizado, predominando este último; son las conocidas como empresas multiservicios, con numerosos convenios colectivos propios que han venido a sumar precariedad a sus condiciones de trabajo, como ponen en evidencia algunos estudios especializados (Martínez Moreno, 2018).

El trabajo de las camareras de piso está caracterizado por la invisibilidad social, los bajos salarios, el escaso reconocimiento profesional, la elevada intensidad de trabajo (16 habitaciones de media al día) y la contratación flexible, temporal y a tiempo parcial. Es un sector notablemente feminizado, con elevada presencia de población inmigrante y marcado por la doble carga de trabajo-hogar (SSTSJ

Madrid, Sala de lo Social, de 28 de septiembre de 2016, rec. 604/2016 y Sala de lo Social, de 30 de abril de 2018, rec.1469/2017). El aumento del ritmo de trabajo impide con frecuencia cumplir con la normativa de prevención de riesgos laborales.

Los problemas de salud física, como los trastornos musculoesqueléticos (hernias, lumbalgias, ciáticas, síndromes del túnel carpiano o tendinitis), las enfermedades respiratorias, las patologías a causa de la exposición a los productos de limpieza, o el envejecimiento acelerado, se unen a otros de salud mental cuando no pueden responder a

las sobredemandas con eficacia. En este sentido, la sensación de no llegar nunca a cumplir los objetivos las somete a una situación de estrés crónico agravada por el miedo a ser sancionadas o despedidas. La situación laboral también afecta a su vida personal, desembocando en agotamiento psicológico. Es habitual que la suma del estrés y la ansiedad mantenidos acabe derivando en trastornos depresivos y en el consumo de fármacos de manera habitual para continuar trabajando (CC OO, 2019).

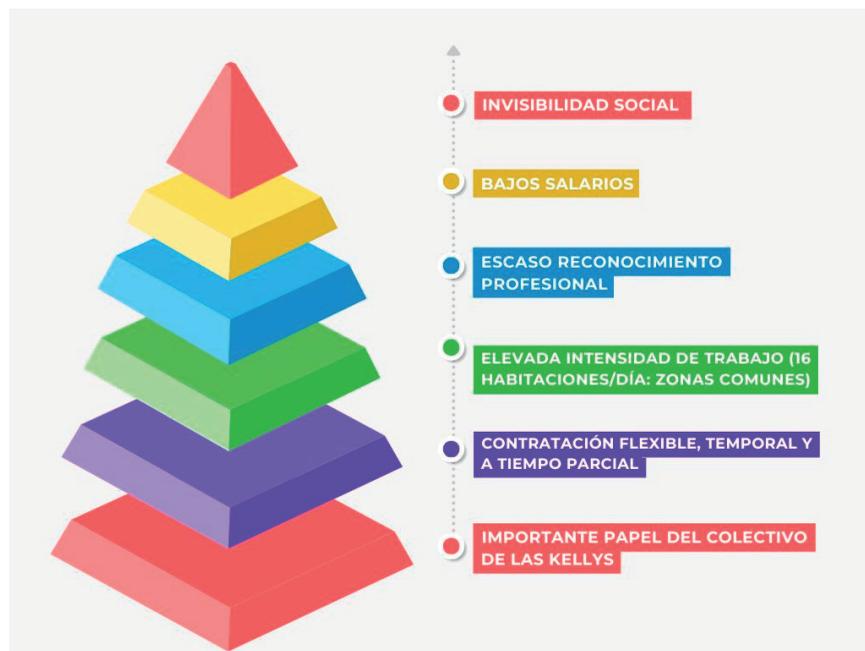
La movilización de las camareras de piso ha adoptado distintas formas. Una de ellas ha sido la asociación autónoma

Figura 1. Problema y motivo del estudio



1 Martínez Moreno, Álvarez Cuesta, Grau Pineda, Castro Franco, 2023.

Figura 2. Precariedad y vulnerabilidad



(Las “Kellys”), cuyo objetivo ha sido, entre otros, reivindicar coeficientes reductores para tener pensiones dignas, el reconocimiento de EE PP relacionadas con el aparato locomotor y musculoesquelético, el cumplimiento de sus derechos y obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales y de coordinación de actividades empresariales y la realización de estudios ergonómicos para calcular y limitar las cargas de trabajo según las características de cada hotel.

EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El artículo 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante, TRLGSS) define enfermedad profesional (en adelante, EP) como “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro

se indiquen para cada enfermedad profesional”. De este modo, se presumen como EE PP todas las que aparecen en la lista, siempre que la persona trabajadora pruebe que ha estado expuesta a la

acción de un determinado agente y que trabajó en una de las actividades listadas, sin necesidad de demostrar que la enfermedad fue causada por el agente. Por el contrario, en el caso de las enfermedades que son declaradas accidente de trabajo se debe acreditar el nexo causal lesión-trabajo, es decir, que la exposición realmente ha sido la causa de la enfermedad.

El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de EE PP en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, en su Anexo 1, clasifica las EE PP en 6 grupos. Para saber si nos encontramos ante una EP, hay que analizar si la persona trabajadora reúne los tres requisitos que el artículo 157 del TRLGSS exige para ello: que la enfermedad se haya contraído a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena, que se trate de alguna de

Figura 3. Tres requisitos



las actividades que reglamentariamente se determinen y que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se recojan para cada enfermedad. En consecuencia, el cuadro vincula dolencia, agente y actividad.

El cuadro de EE PP encadena una doble presunción: de un lado, da por hecho que la persona trabajadora ha estado expuesta a ciertos agentes nocivos cuando se dedica o se ha dedicado a determinadas profesiones o actividades; de otro, que, si la persona trabajadora desarrolla una enfermedad relacionada con este riesgo, esta se deriva de la exposición laboral. Esta doble presunción da lugar a que, cuando la persona trabajadora desarrolla una de las actividades incluidas en el cuadro legal, no se le exija que acredite la relación de causalidad; en cambio, si desarrolla una actividad no incluida en dicho cuadro, no se contempla declarar la contingencia como derivada de EP. En todo caso, estas enfermedades pueden llegar a tener la consideración de accidente de trabajo en virtud del artículo 156.2.e) TRLGSS, pero se trata de una contingencia diferente, con distinto régimen jurídico y con la exigencia de probar rigurosamente la causalidad.

El listado de actividades y ocupaciones puede considerarse como no exhaustivo, dado que se indica "Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas" y se incluye el adverbio "como", dando a entender que es un listado de posibles ejemplos. Sin embargo, en la práctica, el reconocimiento de las EE PP de los colectivos que no están explícitamente mencionados en el cuadro no es inmediato, ya que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (en adelante, mutuas) a menudo cuestionan el origen profesional de las lesiones, teniendo que recurrirse a distintas instancias, con el consiguiente coste económico y el desgaste que suponen todos estos

procedimientos para las personas que los sufren.

LA INCIDENCIA DE LA SEGREGACIÓN OCUPACIONAL EN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las actividades feminizadas se sitúan entre las diez primeras con mayor índice de incidencia de EP. El 50 % del total de partes de EP con baja comunicados en 2023 correspondieron a mujeres y, para la totalidad de partes comunicados, la incidencia en trabajadoras es un 36 % superior a la de sus compañeros (CC OO, 2023). La prevalencia de las EE PP de las mujeres en las actividades feminizadas es superior a la registrada por los hombres en los sectores masculinizados. Las provocadas por agentes biológicos se concentran masivamente en la Sanidad (90 %), un sector en el que las mujeres representan más del 75 % del personal empleado. El mayor porcentaje de las causadas por agentes químicos se registra en el ámbito

de los Servicios, un sector ya en sí mismo feminizado (62 % de mujeres).

En el caso de las trabajadoras, la duración de la EP es superior (más de 144 días) en comparación con la de los trabajadores. Las actividades feminizadas -Otros servicios, limpieza y comercio minorista- presentan una mayor incidencia de declaración de invalidez permanente (IP) en mujeres. Con todo, las patologías derivadas del trabajo no se agotan en aquellas consideradas normativamente como EP.

Si centramos la atención en el Real Decreto 1299/2006, para las EE PP causadas por agentes físicos (grupo 2) la definición viene identificada por el agente y el subagente, si bien en el caso de las EE PP de los grupos 1 (agentes químicos) y 3 (enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados) no se identifica la patología concreta. Igualmente, vemos cómo enfermedades provocadas por la inhalación de determinadas sustancias (grupo 4) o enfermedades de

Figura 4. Variables para tomar en consideración

LAS ACTIVIDADES FEMINIZADAS SE SITUAN ENTRE LAS DIEZ PRIMERAS CON MAYOR ÍNDICE DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL



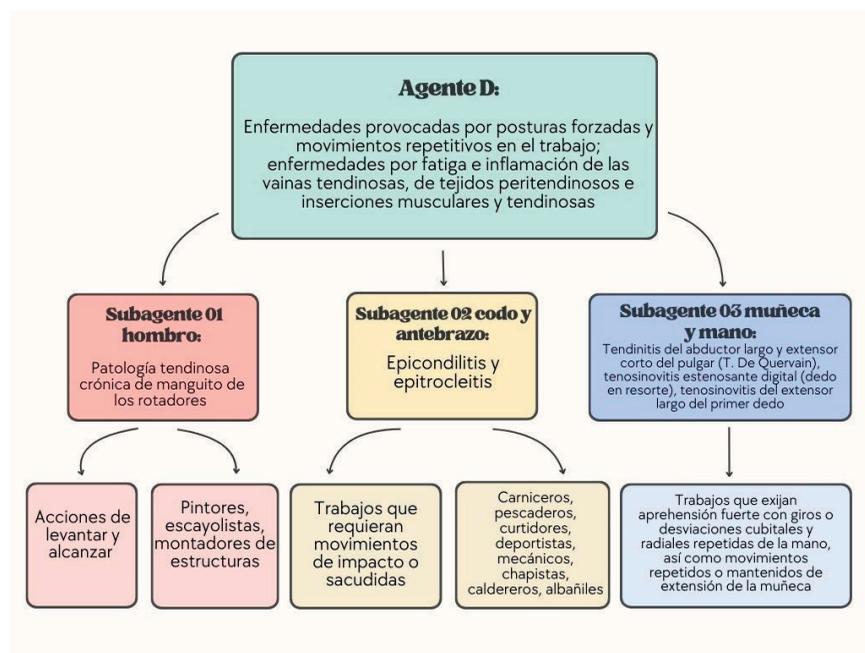
la piel causadas por determinadas sustancias y agentes (grupo 5), gozan de la presunción legal de que la enfermedad tiene origen profesional en los trabajos de limpieza efectuados por las camareras de piso.

Los problemas interpretativos surgen en torno al resto de grupos (agentes químicos del grupo 1, físicos del grupo 2, biológicos del grupo 3 y carcinógenos del grupo 6) en los que, como se expone a continuación, no se establece relación concreta con los trabajos de limpieza.

En el grupo 2 se incluyen las EE PP causadas por agentes físicos, entre ellos el **agente D** referido a "**enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo**; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas". Se citan los siguientes subagentes, que corresponden a distintos grupos articulares:

- Subagente 01 hombro: patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores respecto de la actividad 01, código 2D0101, trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o la bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.
- Subagente 02 codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis respecto de la actividad 01, código 2D0201, trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas (...), como pueden ser carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.
- Subagente 03 muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y del extensor

Figura 5. Agente D



corto del pulgar (tendinitis de Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo, respecto de la actividad 01, código 2D0303, trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca.

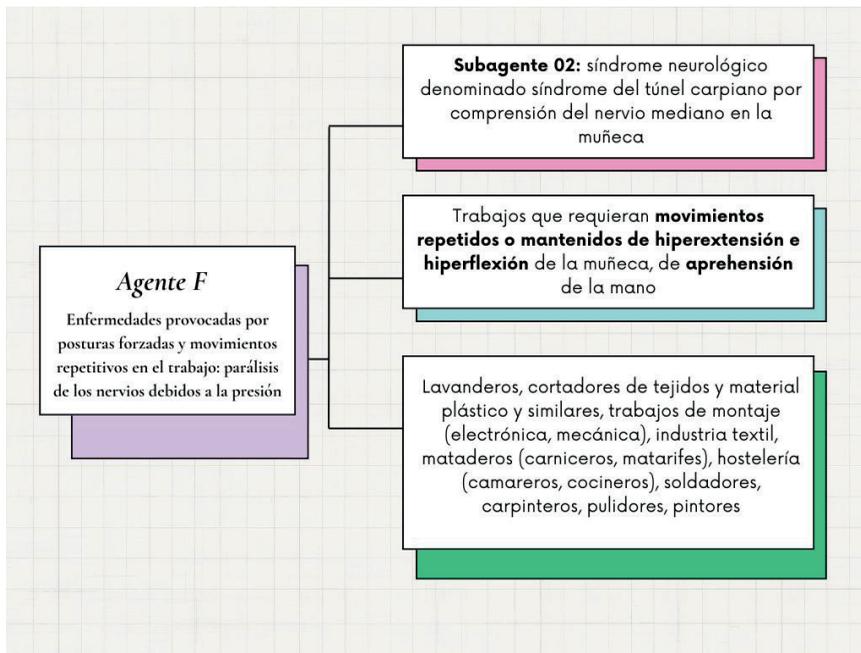
A pesar de la evidencia de que todos los grupos articulares arriba citados tienen un papel esencial en los trabajos de limpieza, no se encuentra referencia alguna a dichas actividades.

En el grupo 2 se encuadran las EE PP causadas por agentes físicos, entre ellos el **agente F**, referido a enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo y asociado a parálisis de los nervios debidos a la presión. Nos centramos en el subagente 02: síndrome neurológico denominado

síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca, provocado, según se detalla en la actividad 01, código 2F0201, por trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano **como** lavaderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldados, carpinteros, pulidores, pintores. De nuevo, el texto no hace ninguna referencia a actividades de limpieza.

En relación con el síndrome del túnel carpiano, diversos documentos enumeran como actividades capaces de producirlo aquellas en las que se produzca un apoyo prolongado repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos

Figura 6. Agente F



que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, o de aprehensión de la mano.

Por su parte, el artículo 17 del VI Acuerdo Laboral para el sector de la Hostelería establece las principales tareas desempeñadas por las camareras de piso, muchas de ellas coincidentes con las que se describen como relacionadas con el síndrome del túnel carpiano:

"(...) c) Camarero de Pisos: realizar de manera cualificada la limpieza y arreglo de las habitaciones y pasillos, así como del orden de los objetos de los clientes. Limpiar y ordenar las habitaciones, baños y pasillos entre las habitaciones de clientes. Controlar el material, productos de los clientes y comunicar a sus responsables las anomalías en las instalaciones y los objetos perdidos. Realizar la atención directa al cliente en las funciones propias de su área. Realizar las labores propias de lencería y lavandería.

d) Auxiliar de Pisos y Limpieza: encargarse de manera no cualificada de las tareas auxiliares de limpieza y arreglo de pisos y áreas públicas. Preparar, transportar y

recoger los materiales y productos necesarios para la limpieza y mantenimiento de habitaciones y áreas públicas e internas. Preparar las salas para reuniones, convenciones, etcétera. Limpiar las áreas y realizar labores auxiliares (...)"

Como se puede deducir de las tareas que desempeñan, las actividades de riesgo a las que están sometidas con mayor frecuencia las camareras de piso son las relacionadas con la carga física (realización de movimientos repetitivos, manipulación de cargas, posturas de trabajo forzadas y bipedestación prolongada durante la realización de tareas) y con la carga mental (especialmente por ritmo de trabajo elevado y poca autonomía).

LA LABOR INTERPRETATIVA DEL TRIBUNAL SUPREMO

La ausencia de referencias a las actividades de limpieza que pueden causar patologías musculoesqueléticas en el cuadro de EE PP, ha llevado al Tribunal Supremo a abordar numerosas reclamaciones de trabajadoras del sector afectadas por lumbalgias, dorsalgias, síndrome del túnel carpiano, patología tendinosa

crónica de manguito de los rotadores o fatiga muscular.

En estos casos, resulta fundamental la interpretación de la norma y actualmente existe un conjunto significativo de sentencias de la Sala IV del Tribunal Supremo que abordan esta temática: el listado de actividades profesionales que el Real Decreto 1299/2006 enumera en relación con cada una de las EE PP que describe, no es de carácter cerrado y admite su extensión a otros oficios diferentes, puesto que el adverbio "como" indica, sin lugar a duda, que se trata de una lista abierta que no excluye otras profesiones con requerimientos análogos.

Diversas sentencias judiciales reconocen como EE PP distintas dolencias, patologías y trastornos padecidos por las camareras de piso.

Es el caso, por ejemplo, del **síndrome del túnel carpiano** (grupo 2, agente F, subagente 02). Aunque la profesión de limpiadora no está incluida en la enumeración de actividades capaces de producir la EP del síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca, lo trascendente es que se ejecuten "trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano (...)", conforme al código 2F0201 del Anexo I del Real Decreto 1299/2006. Las limpiadoras desempeñan tareas de "fregado, despolvoado, barrido, pulido de locales, recintos y lugares, así como cristaleras, puertas, ventanas desde el interior de los mismos, o en escaparates". Además, hay prueba de que la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo recoge como

Figura 7. La contribución de los tribunales

factores de riesgo la manipulación manual de cargas, la realización de movimientos repetitivos en tareas de limpieza o la adopción de posturas mantenidas o forzadas a la hora de planchar. Estos factores de riesgo están presentes en tareas de limpieza, mopeado, fregado y barrido, aspirado, limpieza de baños y limpieza de cristales, por ejemplo. La circunstancia de que la actividad de limpieza no aparezca explícitamente en el listado del Real Decreto 1299/2006 “no excluye, en modo alguno, que el síndrome del túnel carpiano asociado a las tareas que componen el haz profesional de una limpiadora (en este caso de una camarera de piso) pueda conllevar la calificación de enfermedad profesional, como en su caso, podrían tener encaje otras profesiones o actividades, puesto que el adverbio “como” indica, sin lugar a dudas, que se trata de una lista abierta. Otras sentencias del Tribunal Supremo avalan esta misma postura, considerando que las tareas propias esenciales de la profesión de limpiadoras de piso generan una sobrecarga de la muñeca con la intensidad y repetitividad necesarias para dar lugar a la enfermedad (STS de 5 de noviembre de 2014, rec. 1515/2013)”.

Las tareas propias y esenciales de la profesión comprenden las de limpieza de habitaciones, baños y pasillos, junto a las propias de lencería y lavandería, actividades que “exigen, en su ejecución, la realización de movimientos de extensión y flexión de la muñeca forzados, continuados o sostenidos, para el manejo de escobas, fregonas, mopas, bayetas, cepillos y demás útiles de limpieza, con la sobrecarga de muñeca que ello implica, y con la intensidad y repetitividad necesarias para generar la citada patología” (STS de 5 de noviembre de 2014, rec. 1515/2013).

En esta línea, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS) trasladó a las mutuas las instrucciones de 21 de septiembre de 2018.

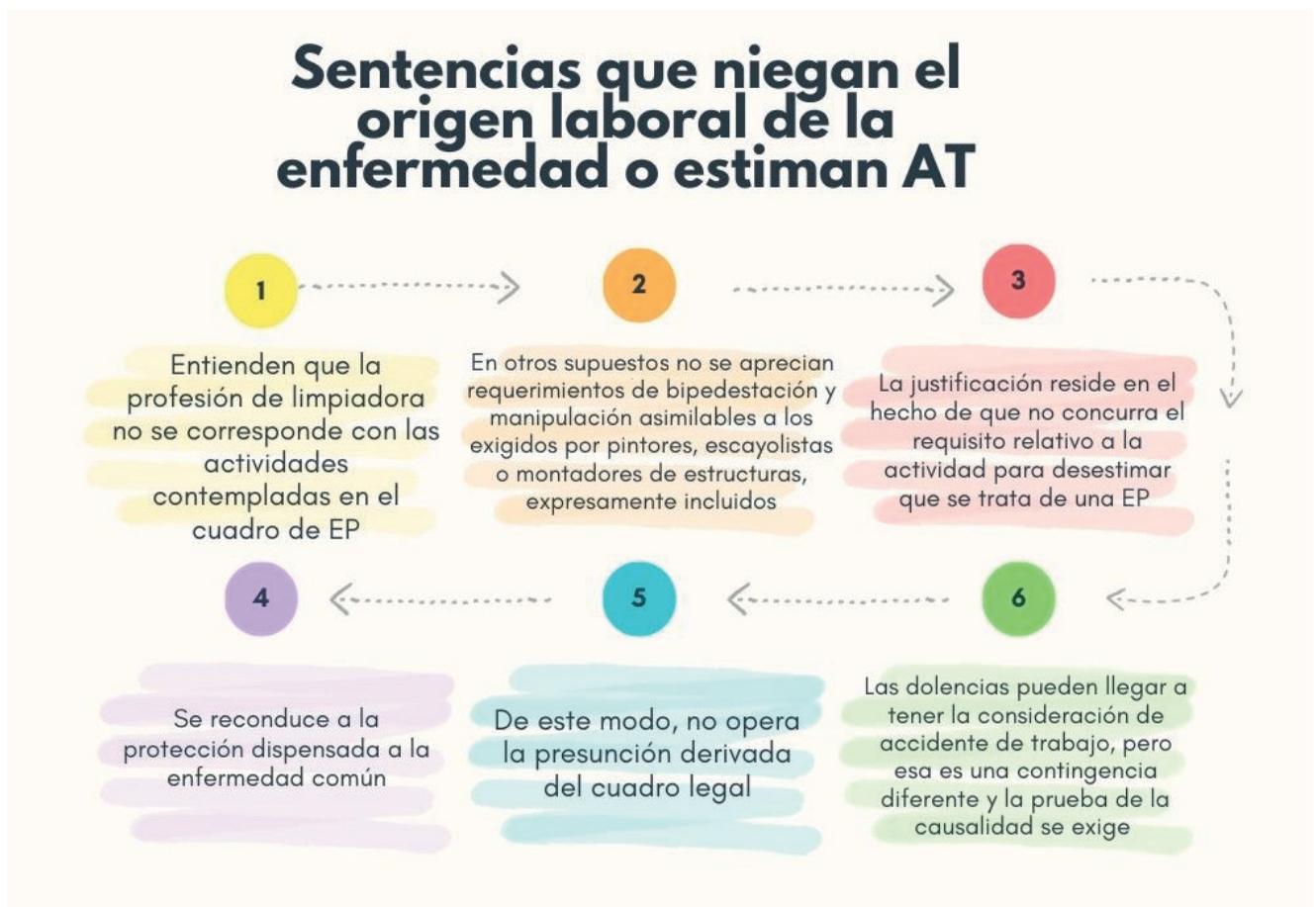


En ellas, se consideraba como EP la del síndrome de túnel carpiano en los trabajos realizados habitualmente por las camareras de piso, entendiendo que en el Real Decreto 1299/2006 se contemplan algunas ocupaciones a título orientativo y que la consideración de EP está definida por criterios biomecánicos. La evaluación de riesgos del puesto de trabajo debe analizar las tareas y movimientos acudiendo a patrones de frecuencia o reiteración. Así, en trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión y en movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, puede concluirse la existencia de una relación causal entre la actividad profesional y la patología sufrida.

En el caso de las lesiones del hombro, los tribunales no han alcanzado una posición unánime a la hora de calificar como EP la **patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores** (grupo 2, agente D, subagente 01). En ocasiones, el argumento para su consideración como EP está vinculado al sobreesfuerzo necesario para realizar la actividad y su duración. Si bien “la profesión de limpiadora no está

expresamente incluida en la enumeración de actividades capaces de producir la enfermedad profesional “como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras”, pero ello no excluye, en modo alguno, que la rotura de manguito rotador de hombro izquierdo, asociado a las tareas que componen las propias de una limpiadora (camarera de piso), pueda conllevar la calificación de enfermedad profesional. (...) Lo trascendente es que se efectúen trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión. (...) De esta forma, los movimientos o posturas que provocan la lesión articular están asociados a la correspondiente actividad profesional (las tareas que han de realizar las limpiadoras). (...) Tal conclusión de que la rotura de manguito rotador izquierdo (bien de uno de los hombros, bien de ambos) sufrido por la actora, cuya actividad es la de limpiadora, es una enfermedad profesional se ve reforzada con las “Directrices para la Decisión Clínica en Enfermedades Profesionales” en su apartado relativo a las “Enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos. Patología tendinosa

Figura 8. Fallos adversos



crónica del manguito rotador.- DDC-TME-01 (...)” (STS de 20 de septiembre de 2022, rec. 3353/2019).

Codo y antebrazo: Epicondilitis agente D, subagente 02, actividad 01, código 2D0201: a estas dolencias se les aplica la doctrina de la Sala ya examinada. Los tribunales consideran que lo trascendente es que se realicen las tareas descritas en el cuadro y que la patología concurrente se corresponda con la que en él se describe. Las tareas propias del oficio de camarera de piso exigen movimientos repetitivos o posturas mantenidas, de brazo y codo, con la consiguiente sobrecarga en las articulaciones correspondientes (STSJ Madrid, Sala de lo Social, de 24 de noviembre de 2022, rec. 370/2022).

Otras patologías frecuentes en este colectivo son las tendinitis relacionadas con

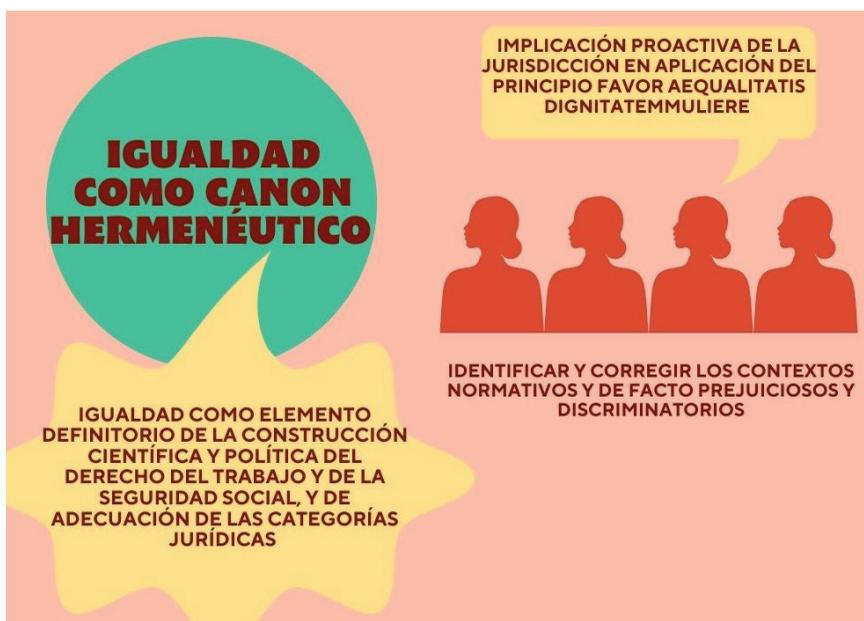
la muñeca, mano y dedos de las manos como la **tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar o la tenosinovitis del extensor largo del primer dedo** (grupo 2, agente D, subagente 03). Las patologías vinculadas a las tendinitis, esguinces o torceduras de muñeca han sido consideradas con frecuencia como accidentes de trabajo y no como EE PP, a pesar de que las trabajadoras padecían dolencias degenerativas con anterioridad, posiblemente vinculadas con las tareas que venían realizando (STSJ País Vasco, Sala de lo Social, de 1 de octubre de 2019, rec. 1525/2019).

Las **lumbalgias, lumbociatalgias o sacrolumbalgias** padecidas por las camareras de piso (grupo 2, agente F), son calificadas mayoritariamente como accidentes de trabajo en aplicación del artículo 156.3 de la TRLGSS, según el cual “se

presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo” (STSJ Galicia, Sala de lo Social, de 9 de junio de 2020, rec. 5012/2019).

Más allá de los trastornos musculoesqueléticos, algunas sentencias dan muestra de los riesgos que afrontan las camareras de piso en el desarrollo de sus tareas, dando lugar a **patologías diversas** que han sido calificadas como accidente de trabajo por los tribunales (cortes con cristales, fractura de extremidades, hernia discal, etc.). Así mismo, diversas sentencias ponen de manifiesto la ausencia tanto de **planes de prevención** como de **evaluaciones de riesgos** de los puestos de trabajo, a lo que se une el incumplimiento del deber de **coordinación de actividades empresariales** en

Figura 9. Técnica del enjuiciamiento con perspectiva de género



el centro de trabajo (STSJ Canarias, LP, Sala de lo Social, de 12 de septiembre de 2019, rec. 127/2019; STSJ Aragón, de 22 de marzo de 2021, rec. 122/2021).

Así, siempre que coincidan dolencias, patologías y trastornos, de una parte, y trabajos con ciertas características comunes (movimientos repetitivos o posturas mantenidas, movimientos extremos de hiperflexión/hiperextensión, apoyo prolongado y repetido, etc.) de otra, el tipo de actividad en que se evidencien debería ser indiferente. Sin embargo, las connotaciones subjetivas, culturales y de género asociadas con ciertas actividades, han dificultado la consolidación de un criterio uniforme, inequívoco y unánime al respecto. Como consecuencia, confluyen pronunciamientos a favor y en contra respecto del origen laboral de las patologías de las camareras de piso.

LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES COMO MARCO INTERPRETATIVO

La igualdad entre mujeres y hombres debería ser un aspecto clave en la forma —científica y técnica— en la que se desarrolla el Derecho del Trabajo y de la

Seguridad Social. Necesitamos adaptar las leyes y las herramientas que usamos para que reflejen esta igualdad y, para ello, es esencial que quienes aplican la ley se comprometan a hacer que el principio de igualdad entre mujeres y hombres sea una realidad. Esto implica identificar y corregir situaciones donde las mujeres son tratadas de manera desigual y se sitúan en posición de desventaja.

El trabajo de las camareras de piso —extensible a la limpieza en general— pone de manifiesto la existencia de una realidad estereotipada. La segregación ocupacional desemboca en la feminización de estos trabajos y otros similares como, por ejemplo, auxiliares de domicilio, limpieza en otras actividades o sectores, gerocultoras, cajeras, peluqueras, envasadoras o manipuladoras de alimentos.

El actual abordaje de la prevención de riesgos laborales, a menudo sesgado, tiene como consecuencia la invisibilización de los riesgos específicos que enfrentan las trabajadoras en actividades altamente feminizadas, como las lesiones musculoesqueléticas. El silencio que guarda el Real Decreto 1299/2006 al no incluir a esos colectivos en el cuadro reglamentario de EE PP, agrava el fenómeno de la opacidad.

El Tribunal Supremo ha asumido explícitamente en alguna de sus sentencias la doctrina y la técnica del enjuiciamiento con perspectiva de género. En la STS de 5 de noviembre de 2014 (Rec.1515/2013), la Sala ya se apoyó en el carácter abierto del listado para estimar la EP de una limpiadora que presentaba síndrome del túnel carpiano bilateral. Sin embargo, no ha sido hasta hace poco cuando a ese argumento se acompaña el de la interpretación correctora con perspectiva de género: “la no inclusión en el citado Real Decreto de la profesión de limpiadora en el cuadro de profesiones que pueden resultar afectadas por una enfermedad profesional supone una discriminación directa. En efecto, mientras que las profesiones contempladas a título ejemplificativo — pintores, escayolistas, montadores de estructuras, fuertemente masculinizadas, se benefician de la presunción de que en ellas se realizan posturas forzadas y movimientos repetitivos (...), lo que determina que estamos ante una enfermedad profesional, en la profesión de limpiadora, fuertemente feminizada, para el diagnóstico de la enfermedad profesional se exige acreditar la realización de dichos movimientos” (STS de 20 de septiembre de 2022, rec. 3353/2019).

A pesar de la doctrina judicial existente al respecto, el origen profesional de las enfermedades o accidentes sigue sin reconocerse a nivel normativo dada la desactualización del cuadro de EE PP, cuya última puesta al día se remonta al año 2018.

AUSENCIA DE EVALUACIONES DE RIESGOS LABORALES

Son muchas las sentencias que advierten de la ausencia de evaluaciones de riesgos y de planificación de la actividad preventiva frente a los riesgos a los que están expuestas las camareras de piso. En la mayor parte de los accidentes de trabajo que sufren se detectan dolencias previas, comunes al conjunto de las

Figura 10. Carencias en materia de prevención



camareras de piso y que, posiblemente, estén causadas por el trabajo que vienen realizando, aunque su manifestación se produzca a través del accidente.

Así, por ejemplo, la STSJ de Canarias, de 2 de julio de 2019 (Rec. 369/19) impone una multa a un hotel por no haber realizado la evaluación ergonómica de los puestos de trabajo del departamento de pisos. La sentencia pone de relieve que no existe duda sobre los riesgos que implica subirse a un andamio o manipular una colada en un alto horno, pero no se pueden ignorar los que padecen las camareras de piso que han de adecuar un número importante de habitaciones en cada jornada de trabajo.

Numerosos estudios epidemiológicos evidencian que el colectivo registra cifras preocupantes en relación con el consumo de fármacos en un intento por combatir las dolencias musculoesqueléticas, la ansiedad, la depresión, los problemas de concentración o los trastornos del

sueño relacionados con sus condiciones de trabajo (CC OO, 2019).

Todo lo anterior apunta a la necesidad de reforzar la implicación en la prevención de los riesgos y la reparación de la salud de las camareras de piso, pero también de otros sectores con condiciones de trabajo similares. Tanto las entidades gestoras de la Seguridad Social como la Inspección de Trabajo y Seguridad Social han de reforzar su actuación en los procedimientos de determinación de contingencias. También las mutuas están llamadas a participar activamente en la prevención. Es urgente incrementar los esfuerzos de todos los actores implicados para garantizar el cumplimiento de la obligación legal de prevenir y evitar los riesgos laborales incorporando la perspectiva de género.

REFLEXIÓN FINAL

El artículo 1.4 del Código Civil insta a la aplicación de los principios generales del Derecho, como el de la igualdad

entre hombres y mujeres, "en defecto de ley o costumbre". Así, si no hay una norma específica que se aplique a un caso, ya sea porque no existe o porque no se ha tenido en cuenta el valor de la igualdad entre los sexos, se debe considerar este principio para interpretar la situación. También la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOPI), en su artículo 4, contempla la obligación de ponderar la interpretación que hace más efectivo el principio de igualdad.

Pues bien, lo que ocurre con el Anexo I del Real Decreto 1299/2006, que contiene el listado de enfermedades profesionales al que se han dedicado las páginas precedentes, es que el origen de esta norma, aparentemente neutral, responde a una visión androcéntrica del trabajo. Esto da lugar a que su aplicación vulnere el derecho a la igualdad entre las personas trabajadoras de ambos sexos. Por ejemplo, la falta de inclusión de la profesión de limpiadora en el grupo 2 de EE

Figura 11. Propuestas

CONCLUSIONES

01. Perspectiva de género

Existe norma, pero en ella no se ha tomado en consideración el debido respeto a la igualdad

Función integradora de los principios generales del derecho

Obligación de incorporar la perspectiva de género en el ejercicio de la potestad jurisdiccional



02. Discriminación indirecta por razón de sexo

La no inclusión de la profesión de limpiadora en el cuadro de enfermedades profesionales comporta una discriminación indirecta por razón de sexo

En el listado aparecen profesiones mayoritariamente masculinizadas

Discriminación interseccional: edadismo



03. Actualización del cuadro de EP

El legislador ha de reconocer las dolencias analizadas (Grupo 2, agentes D y F con carácter prioritario) como EP

Actualización del cuadro contenido en el Real Decreto 1299/2006

Bien sea a través de fórmulas concretas que las incluyan o bien genéricas que propicien su inclusión



PP puede considerarse una forma de discriminación indirecta por género.

El hecho de que en el listado aparezcan profesiones mayoritariamente masculinizadas constata que el Derecho de la Seguridad Social surge en la época de la producción industrial y toma como modelo el de un trabajador varón, pero a estas alturas de la historia esto carece de justificación alguna. Urge, en definitiva, reformar el cuadro de enfermedades profesionales para incorporar la perspectiva de género, al igual que incorporar esta herramienta en su aplicación práctica a efectos médicos, administrativos, judiciales y por parte de las mutuas. ●

Referencias bibliográficas

- Casas Baamonde, M^a. E. (2019). Igualdad de género y Derecho del trabajo y de la Seguridad Social: una integración inaplazable. En Femeris: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género, n.º. 2, pp. 5-8.
- CC OO (2019). Consumo de fármacos en camareras de piso. Disponible en: <https://www.ccoo.es/814be2a375b8aa913a7c-dbc8cd1de3cd000053.pdf>
- CC OO (2023). Análisis de las estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en España en 2023. Disponible en: <https://www.ccoo.es/33fd8e17afff93e3f0cc94a-395b07b7000001.pdf>
- INSST (2022). Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos (TME). Disponible en: <https://www.insst.es/noticias-insst/directrices-para-la-decision-clinica-en-enfermedades-profesionales-relacionadas-con-los-tme-ano-2022#A1>
- Martínez Moreno, C. (2022). Principio de igualdad retributiva y trabajos de “igual valor”: el alcance del efecto directo del art.157 TFUE. A propósito de la STJUE (Sala Segunda), de 3 de junio de 2021 (C-624/19), asunto Tesco Stores. En Revista Crítica de Relaciones de Trabajo. Laborum, n.º 2, pp. 125-134.
- Martínez Moreno, C., Álvarez Cuesta, H., Grau Pineda, C., Castro Franco, A. (2023). Revisión jurisprudencial de dolencias y patologías de las camareras de piso. Propuestas para su reconocimiento como enfermedad profesional. Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad.

Disponible en: https://www.igualdadenaempresa.es/recursos/Campanas/docs/Jurisprudencia_EP_CamarerasPiso2023.pdf

- Randstad (2024). Informe Randstad sobre el mercado de trabajo en el sector de la hostelería. Disponible en: <https://www.randstad.es/nosotros/sala-prensa/uno-de-cada-diez-ocupados-espanoles-trabaja-en-hosteleria/>
- Ricou Casal, M. (2024). Visibilizar la diferencia biológica hombre-mujer: clave para una real y efectiva salud laboral. En Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social, n.º. 8, pp. 192-209.

Jurisprudencia

- STS de 5 de noviembre de 2014, rec. 1515/2013.
- STS de 20 de septiembre de 2022, rec. 3353/2019.
- STSJ Madrid, Sala de lo Social, de 28 de septiembre de 2016, rec. 604/2016.
- STSJ Madrid, Sala de lo Social, de 30 de abril de 2018, rec. 1469/2017.
- STSJ Galicia, Sala de lo Social, de 9 de junio de 2020, rec. 5012/2019.
- STSJ Canarias, LP, Sala de lo Social, de 12 de septiembre de 2019, rec. 127/2019
- STSJ País Vasco, Sala de lo Social, de 1 de octubre de 2019, rec. 1525/2019.
- STSJ Aragón, de 22 de marzo de 2021, rec. 122/2021.
- STSJ Madrid, Sala de lo Social, de 24 de noviembre de 2022, rec. 370/2022.

La masculinidad tradicional y la prevención de riesgos laborales

Josetxu Riviere Aranda

Consultora Berdintasun Proiektuak Coop. Coordinación Secretaria Técnica Servicio Gizonduz de Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer

Iván Martínez del Cerro

Centro Nacional de Medios de Protección. INSST

La masculinidad tradicional influye en la organización de la producción, en los valores colectivos y en los comportamientos individuales y tiene un impacto sobre la seguridad y salud de las personas trabajadoras.

A pesar de los cambios que se están produciendo, todavía hoy sigue estando implantado en muchos ámbitos un modelo de producción basado en unos valores de masculinidad en los que el trabajador debe ser valiente, asumir riesgos o evitar el autocuidado por ser un signo de debilidad.

Los resultados de las investigaciones muestran cómo algunos comportamientos relacionados con la seguridad vial o el uso de las medidas de protección, entre otros, están afectados por esos modelos tradicionales de masculinidad. Es necesario que tanto los organismos públicos como las entidades privadas empiecen a incluir la perspectiva de género en sus políticas y en su gestión preventiva, con el objeto de identificar y prevenir el impacto de los valores promulgados por la masculinidad tradicional sobre los diferentes agentes que intervienen en la actividad laboral.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es analizar la influencia de la masculinidad tradicional o hegemónica en la prevención de riesgos laborales. Para ello, se ha examinado el sistema de género en nuestra sociedad, sus manifestaciones y, concretamente, su relación con la construcción de la masculinidad y las conductas de riesgo en el mundo del trabajo.

Los recientes cambios en las identidades masculinas se combinan con posiciones más tradicionales sobre la fortaleza, la importancia del trabajo y la autoestima masculina, así como con una permanencia de valores masculinizados en la organización de la

producción. Esta situación, junto con la invisibilidad que tradicionalmente han sufrido las mujeres en muchos ámbitos de la seguridad y salud laboral, obliga a analizar toda la gestión preventiva y, en particular, las estadísticas de siniestralidad desde una perspectiva de género, de cara a la protección eficaz de todas las personas trabajadoras.

DIBUJANDO LAS MASCULINIDADES EN NUESTRA SOCIEDAD

Para analizar la influencia de la masculinidad tradicional o androcéntrica en el ámbito laboral, es necesario comenzar por

definir el sistema binario sexo-género que ha estructurado nuestra sociedad de manera jerárquica y desigual. Este sistema establece categorías separadas y rígidas, asignando a las personas a una serie de compartimentos fijos en función de su biología. Estas categorías, concebidas como mutuamente excluyentes y estancas, limitan la diversidad existente.

Es necesario abordar el análisis del sistema de género en nuestra sociedad desde varias dimensiones. Desde una **perspectiva biológica**, el concepto de “sexo” (macho o hembra) se refiere a las características biológicas y anatómicas que diferencian a las personas, como los genitales internos y externos, las características sexuales secundarias, los cromosomas y las hormonas. Sin embargo, la construcción social de las categorías de “macho” y “hembra” no considera a otras personas cuyos cuerpos no encajan en estas definiciones, como las personas intersexuales.

Sobre esta clasificación binaria, se construyen y superponen, a lo largo de la vida, las categorías de género, que son construcciones sociales como “hombre” y “mujer”, y los conceptos asociados de feminidad y masculinidad.

El **género** se adquiere socialmente, es decir, se construye a partir de normas que hombres y mujeres aprenden durante su vida. Este rol conlleva, además, una **expresión de género** específica y se espera que quienes se identifiquen como hombres o mujeres actúen conforme a ciertos **comportamientos** para integrarse en su entorno social.

El género se manifiesta a través de estereotipos y roles. Los **estereotipos de género** son ideas preconcebidas sobre cómo deben ser los hombres y las mujeres. Por ejemplo, considerar que los hombres son fuertes y valientes, mientras que las mujeres son débiles y cuidadosas. Los **roles de género**, por su parte, son normas sociales que dictan cómo deben actuar los hombres de manera “masculina” y las mujeres de manera “femenina”. Aunque estos roles y estereotipos varían entre culturas y épocas históricas, siempre están presentes en alguna forma.

Existen diversas formas de “representar” la idea de masculinidad individual y colectivamente, de ser un hombre, entendiendo la misma, según Azpiazu, como “la forma en la que los mandatos de género son idealizados como algo perfecto, intocable e inalcanzable” [1]. Se puede hablar pues de masculinidad en cuanto a un modelo ideal que representa “las prácticas por las cuales los hombres se comprometen con esa posición de género y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura”, tal y como señala Connell [2]. Aunque las

Imagen 1. Portada del documento “La caja de la masculinidad” [3]



masculinidades actuales son más diversas y se expresan de forma más amplia que en el pasado, es necesario analizar si aún conservan algunos límites marcados por una concepción restrictiva de la masculinidad, lo que puede suponer que aquellos hombres que la trasgreden son, de alguna manera, excluidos del grupo de “los hombres” y de los privilegios que la sociedad continúa concediéndoles por el mero hecho de serlo [2].

Actualmente, la identificación con la masculinidad más tradicional ha disminuido. El estudio “La caja de la masculinidad”¹, realizado para la fundación FAD Juventud en 2022, señala cómo aún un 14 % de hombres se identifican con unos valores y comportamientos asociados a la masculinidad más tradicional frente a un 41 % que se sitúa alejado de ella y un 45 % que se mantiene en posiciones intermedias, en el borde. A pesar de este

1 La caja de la masculinidad articula la diversidad de masculinidades entre quienes se encuentran fuera, al separarse de forma más o menos consciente del modelo de masculinidad tradicional, quienes están dentro y se aferran a este modelo y, por último, quienes se sitúan en el borde y muestran dificultades para relacionarse en el entorno derivadas de un sentimiento de confusión y amenaza ante la pérdida de los referentes y valores apuntalados por el modelo tradicional.

Tabla 1. Creencias de la masculinidad tradicional

	Autosuficiencia prestigiosa	Belicosidad heroica	Respeto al valor de la jerarquía	Superioridad sobre las mujeres y la diferenciación de ellas
Característica	Autoafirmativa. Hay que mostrarla, manifestarla y demostrarla.	Ser un luchador valeroso.	Adquirir un lugar dentro de una estructura jerárquica masculina en la que se asciende por obediencia.	Adquirir la cualidad de superioridad frente a las mujeres, tener autoridad sobre ellas y no parecerse a ellas.
Mandatos normativos	¡Cuenta solo contigo mismo!, ¡Resuelve por ti mismo!, ¡Haz lo que te venga en gana!, ¡Sé libre!	¡Sé fuerte y valiente!, ¡Resiste al dolor y las adversidades!, ¡Arriésgate!	¡Subordinación!, ¡Obedece a tu padre-autoridad (y no a tu madre)!, y cuando estés arriba en la escala, ¡eres la autoridad, por ello ordena y manda!	¡Distingúete de las mujeres!, ¡No debes hacer/ tener nada de mujer ni de maricón!, ¡No hagas caso a las mujeres!, ¡Eres más y tienes más derechos!, ¡Lo doméstico no es lo tuyo!
Valores promovidos	Individualidad, autonomía, autoafirmación, egocentrismo, libertad.	Agresividad, heroicidad, fortaleza, impulsividad, aguante para soportar el dolor, competitividad, uso del cuerpo como herramienta.	Disciplina y obediencia, lealtad de ideales y personas que lo representan, no cuestionamiento de los ideales grupales.	Autoridad y dominio sobre las mujeres, privilegios y mayor derecho. Prescribe la heterosexualidad como rasgo de la masculinidad.

Elaboración propia a partir de Bonino (2002) [5].

cambio con respecto a generaciones anteriores, debemos fijarnos también en las características de la masculinidad que se mantienen, como la importancia del trabajo asalariado, la independencia, la fortaleza o valerse por sí mismos [3].

David y Brannon identifican cuatro imperativos de la masculinidad: “No tener nada de mujer (*no sissy stuff*²), ser importante (*the big wheel*³), ser resistente (*the sturdy oak*⁴) y ser fuerte y valiente (*give’em hell*⁵)”. El “deber ser” de los hombres excluye características y habilidades emocionales que se asocian a las mujeres y señala dónde están las exigencias y condiciones para no fracasar como hombres [4].

Por su parte, Bonino, en su artículo sobre masculinidad hegemónica e identidad masculina, señala que todas las manifestaciones de masculinidad, a pesar de existir diferencias, derivan de un único modelo social, que cuenta con una serie de elementos comunes que se han mantenido estables desde el renacimiento.

Bonino describe como parte de los valores de la **masculinidad tradicional hegemónica** la autosuficiencia, la belicosidad heroica, la autoridad sobre las mujeres y la valoración de la jerarquía. Estos valores son interiorizados por las personas durante el proceso de socialización y se convierten en unos ideales a alcanzar que influyen en el comportamiento ante situaciones de riesgo y de autocuidado, al mismo tiempo que construyen relaciones basadas en la competitividad [5]. De esta forma, hay valores interiorizados del modelo de la masculinidad tradicional hegemónica que determinan la reticencia masculina a protegerse y cuidarse, porque eso “no es de hombres” y favorecen que se produzcan accidentes laborales o que den respuestas disfuncionales a su propio malestar físico o psíquico, como ignorarlo o minusvalorarlo [6].

En la tabla 1 se describen las características de estas creencias, que organizan la vida de los hombres y construyen este tipo de masculinidad.

HOMBRES Y MASCULINIDADES EN EL MUNDO DEL TRABAJO

El modelo de producción no es ajeno al género, no es un modelo neutro; se ha construido en torno a las creencias de quienes ostentaban el poder económico y político, mayoritariamente

2 *No sissy stuff*: Nada de cosas afeminadas. El estigma de todo lo que sea vagamente femenino.

3 *The big wheel*: La gran rueda, el éxito, el estatus y la necesidad de ser admirado.

4 *The sturdy oak*: El roble robusto. Un aire masculino de dureza.

5 *Give em hell*: El aura de la agresión, la violencia y la osadía.

Tabla 2. Empresas del siglo XXI

Empresa tradicional masculina	Empresa andrógina-igualitaria
Relaciones jerárquicas, valores de competitividad, control y poder	Relaciones horizontales, búsqueda del bien común
Alta orientación a la tarea / Baja orientación a las personas	Alta orientación a la tarea / Alta orientación a las personas
Modelo de racionalidad, represión emocional	Inteligencia emocional y atención a las necesidades socioemocionales
Búsqueda de logros individuales, entornos competitivos	Objetivos compartidos, entornos colaborativos
No se cuestionan los roles y estereotipos de género, predominan valores "masculinos"	Se valora la igualdad, las personas tienen identidades de género flexibles

Fuente: Gartzia, 2011 [8]

los hombres, y ha sido en torno a sus valores e ideales de género como se han organizado los modelos productivos. De esta manera, se han construido como valores positivos y "neutros" la dedicación plena al trabajo, una organización del trabajo basada en las relaciones jerárquicas, subrayando los valores de competitividad agresiva, control y poder. Además, se ha sobredimensionado la importancia del tiempo dedicado al trabajo, prestando poca atención a las personas y sus necesidades. En su versión más rígida, se trata de un modelo capitalista racional con excesiva represión emocional, que no contempla las necesidades socioemocionales del personal y en el que se refuerza la búsqueda de logros individuales y no se cuestionan los roles y estereotipos de género, predominando los valores "masculinos" tradicionales. Estos valores dentro de la organización productiva influyen significativamente en la prevención de riesgos laborales y en que se perpetúen los sesgos de género y una perspectiva centrada en lo masculino (androcentrismo).

Aunque se aprecian modificaciones en el modelo que lo hacen más versátil y acorde a nuestra realidad y un incremento en la participación femenina en sectores tradicionalmente masculinizados, persiste la duda: ¿estos cambios son superficiales o representan una transformación genuina? Es decir: ¿estamos ante una simple adaptación cosmética o ante una evolución hacia un modelo de trabajo menos marcado por estereotipos de género? [7].

Para analizar los cambios que son necesarios para avanzar hacia **modelos organizativos más igualitarios y no sexistas** en el mundo del trabajo tenemos que fijarnos en tres niveles: el estructural, relacionado con la **organización del trabajo y la producción**; el relativo a los **valores colectivos** que se establecen como referencia en el entorno laboral; y, por último, el determinado por nuestro propio **rol de género** y en qué forma nos comportamos y lo expresamos en nuestros entornos.

Leire Gartzia, en su investigación sobre las empresas del siglo XXI, nos propone una comparativa para pasar de una empresa tradicional masculina a una empresa andrógina⁶-igualitaria.

Esta autora señala que la dominancia de un modelo de dirección estereotípicamente masculino constituye una barrera para la implantación de nuevos recursos de gestión, basados en personas y que permitan un mejor funcionamiento de las empresas [8].

MASCULINIDADES, SALUD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL MUNDO LABORAL

Los valores de la masculinidad tradicional influyen en la gestión de los procesos productivos y en las políticas preventivas de las organizaciones. A pesar de no ser el objeto de este artículo, más centrado en los riesgos y las consecuencias de estos valores, es necesario resaltar la importancia de que se analice su influencia en todas las fases de la gestión preventiva de una organización, especialmente las relacionadas con el diseño y planificación de las tareas y de los puestos.

Además, a pesar de que la mirada en este artículo se ha centrado especialmente sobre los efectos que la masculinidad tradicional tiene para los hombres, no podemos olvidar que sus consecuencias son aún mayores para las mujeres, como, por ejemplo, el acoso sexual y por razón de sexo, la discriminación o las repercusiones para la salud de la doble presencia.

⁶ Desde el punto de vista de la perspectiva de género, la androginia sería la capacidad de integrar rasgos y comportamientos estereotípicamente masculinos y femeninos.

No se pretende minimizar el sesgo androcéntrico o la invisibilidad que sufren las mujeres en lo que respecta a determinados riesgos laborales, ni obviar las desigualdades entre mujeres y hombres que persisten en el mundo laboral, sino tener en cuenta que la exposición a riesgos no es igual para hombres y mujeres, más allá de algunos componentes biológicos, sobre todo por la masculinización o feminización de determinadas profesiones y la prevalencia de lo “masculino” como modelo dominante de valores.

Se trata, por lo tanto, en última instancia, de aplicar la perspectiva de género en la prevención de los riesgos laborales incluyendo un análisis de la influencia de la **masculinidad tradicional** con el objetivo de mejorar la salud en el trabajo.

Los estudios de género realizados en las últimas décadas comienzan a analizar la influencia de la construcción de la masculinidad en las relaciones de los hombres con la salud y los riesgos. A continuación, se van a describir algunos de los hallazgos identificados por estas investigaciones, que nos permitirán entender un poco más algunas de las consecuencias de la masculinidad tradicional.

Conductas de riesgo en general asociadas a la masculinidad

Para comprender cómo los valores de la masculinidad tradicional impactan en la seguridad laboral, es importante analizar primero su influencia en las conductas de riesgo.

Por un lado, la **belicosidad heroica** genera la expectativa de que los hombres deben ser valientes ante el riesgo o el peligro. Así, Stergiou-Kita indican cómo las masculinidades dominantes, con su énfasis en la fuerza y en la dureza, pueden afectar a la forma en que los hombres perciben los riesgos, así como a la aceptación y normalización de los riesgos en contextos laborales [9]. Así, los hombres incurrirán más fácilmente en lo que Mary Douglas define como “**inmunidad subjetiva**” para referirse a la propensión de las personas a creerse invulnerables ante el riesgo, ya que muestran un exceso de confianza en sus acciones. Esto es debido, entre otros motivos, a la familiaridad de sus rutinas como, por ejemplo, realizar el mismo trabajo durante muchos años.

Por otro lado, los **valores de jerarquía y de superioridad sobre las mujeres** y otras formas de masculinidad se expresan en relaciones de poder que también tienen consecuencias en los comportamientos de salud. Los hombres, en la búsqueda de ese lugar de prestigio, a menudo se ven inducidos a negar su

dolor, a rechazar su vulnerabilidad y a ignorar su necesidad de ser ayudados. De este modo, declarar no haber ido al médico durante años o conducir peligrosamente también son formas mediante las que construir su masculinidad [9].

A través de estos mecanismos, la masculinidad tradicional induce a **rechazar comportamientos positivos para la propia salud**. Si un hombre realiza comportamientos de autocuidado, socialmente considerados femeninos, o si no es capaz de asumir un peligro, puede ser relegado a un estatus subordinado y ser etiquetado de “cobarde”. Benno de Keljzer subraya en esta línea que, al trabajar el tema de masculinidad y salud, aparte de la estrecha relación que existe entre una serie de características atribuidas a lo masculino y ciertas enfermedades, una cosa que resalta es la casi total ausencia de medidas en favor de la salud que parten de las peticiones de los propios hombres. En los talleres, los hombres reconocen su dificultad para pedir ayuda, la negación de estar enfermos y la falta de incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como las que tienen que ver con el estilo de vida. Así pues, para muchos hombres existe una gestión de la salud y del autocuidado mediatizada por la masculinidad tradicional [10].

En este sentido, hay estudios sobre los comportamientos de las personas en relación con la protección de su salud que ayudan a comprender el problema. Hiller y sus colaboradores realizaron una revisión bibliográfica sobre la influencia del género en la salud y los comportamientos de riesgo. Los resultados indicaron un mejor comportamiento preventivo por parte de las mujeres para la mayor parte de los aspectos analizados, entre los que se encontraban el lavado de manos, la protección solar o la vacunación antigripal, entre otros [11].

En el ámbito de la seguridad vial, las conductas de riesgo también han sido ampliamente estudiadas. Courtenay planteó cómo algunos países habían analizado el impacto sobre su población de determinadas conductas de riesgo como beber y conducir, no usar cinturón de seguridad o no realizarse exámenes médicos [12]. Los resultados mostraban cómo estos comportamientos eran más comunes entre los hombres que entre las mujeres. Dejoy, por ejemplo, investigó la diferente accidentalidad en la conducción entre hombres y mujeres. Los hombres parecían mostrar una percepción muy optimista sobre su capacidad de conducción, al mismo tiempo que tenían una percepción que subestimaba el riesgo de determinadas conductas peligrosas al volante. Los resultados obtenidos mostraban diferencias según el sexo en cuanto a la probabilidad y la gravedad de los accidentes, así como sobre determinadas conductas como la de conducir sin cinturón de seguridad [13].

La Dirección General de Tráfico también ha analizado los accidentes teniendo en cuenta la perspectiva de género. El estudio de la seguridad vial publicado sobre esta materia en el año 2022 muestra que la tasa de accidentes mortales de los hombres es superior a la de las mujeres en todos los rangos de edad, siendo en algunos casos 7 veces superior. Este informe analiza también los accidentes desagregados por sexo en comportamientos que se podrían definir como peligrosos, como la falta de uso del cinturón de seguridad y del casco o el consumo de alcohol y drogas. Los resultados de las personas fallecidas u hospitalizadas muestran que los hombres usan un 10 % menos el cinturón de seguridad y presentan un 13 % más de positivos en las pruebas de alcohol [14].

Dentro de este mismo ámbito, el Gobierno Vasco, en un estudio sobre perspectiva de género en seguridad vial, resalta la necesidad de formar en diversas competencias para una movilidad segura. Estas competencias son: la atención, la consciencia de la vulnerabilidad y el riesgo, el análisis del entorno, la resistencia a la presión grupal, la adaptación y flexibilidad, la gestión de uno mismo y de las emociones y la gestión del estrés en situaciones viales; todas ellas influenciadas, en mayor o menor medida, por los mandatos de género y de la masculinidad tradicional [7].

La salud mental y su prevención también se ven influenciadas por los valores de la masculinidad tradicional, como el menor autocuidado y la búsqueda de ayuda, la mayor autosuficiencia o el soportar el dolor [15]. El suicidio es una de las consecuencias más graves de sufrir trastornos mentales. En el año 2023, del total de suicidios registrados por el Observatorio del Suicidio en España, el 74 % lo cometieron hombres y el 26 % mujeres [15].

La relación del suicidio con los factores psicosociales en el entorno laboral y sus consecuencias para la salud mental está siendo cada vez más analizada. Así, por ejemplo, el reciente informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) sobre la salud mental en el sector agrario

destaca que los estereotipos masculinos, el estoicismo o los valores sociales rurales influyen en una menor solicitud de ayuda y apoyo externo. Este sector presenta una de las tasas de suicidio más altas en la Unión Europea en comparación con otras ocupaciones [16].

Los accidentes de trabajo

En relación con la siniestralidad laboral, los datos estadísticos también deben ser analizados desde este prisma de género, teniendo en cuenta los valores y mandatos de la masculinidad tradicional.

Además de tener en cuenta las condiciones de trabajo de los diferentes sectores productivos que implican una mayor exposición a riesgos, sería interesante analizar cómo influyen los valores empresariales mayoritarios y la cultura de la masculinidad dominante en dichos sectores.

El análisis de los datos desagregados por sexo puede ser el punto de partida para identificar el posible impacto de la masculinidad tradicional en la seguridad y salud en el trabajo. En la tabla 3 se observa cómo el índice de incidencia presenta mayores diferencias entre hombres y mujeres conforme se incrementa la gravedad del accidente, siendo, en el caso de los mortales, más de 13 veces superior.

Además, es importante tener en cuenta que la tasa de incidencia de estos accidentes presenta unas diferencias notables según las distintas ocupaciones.

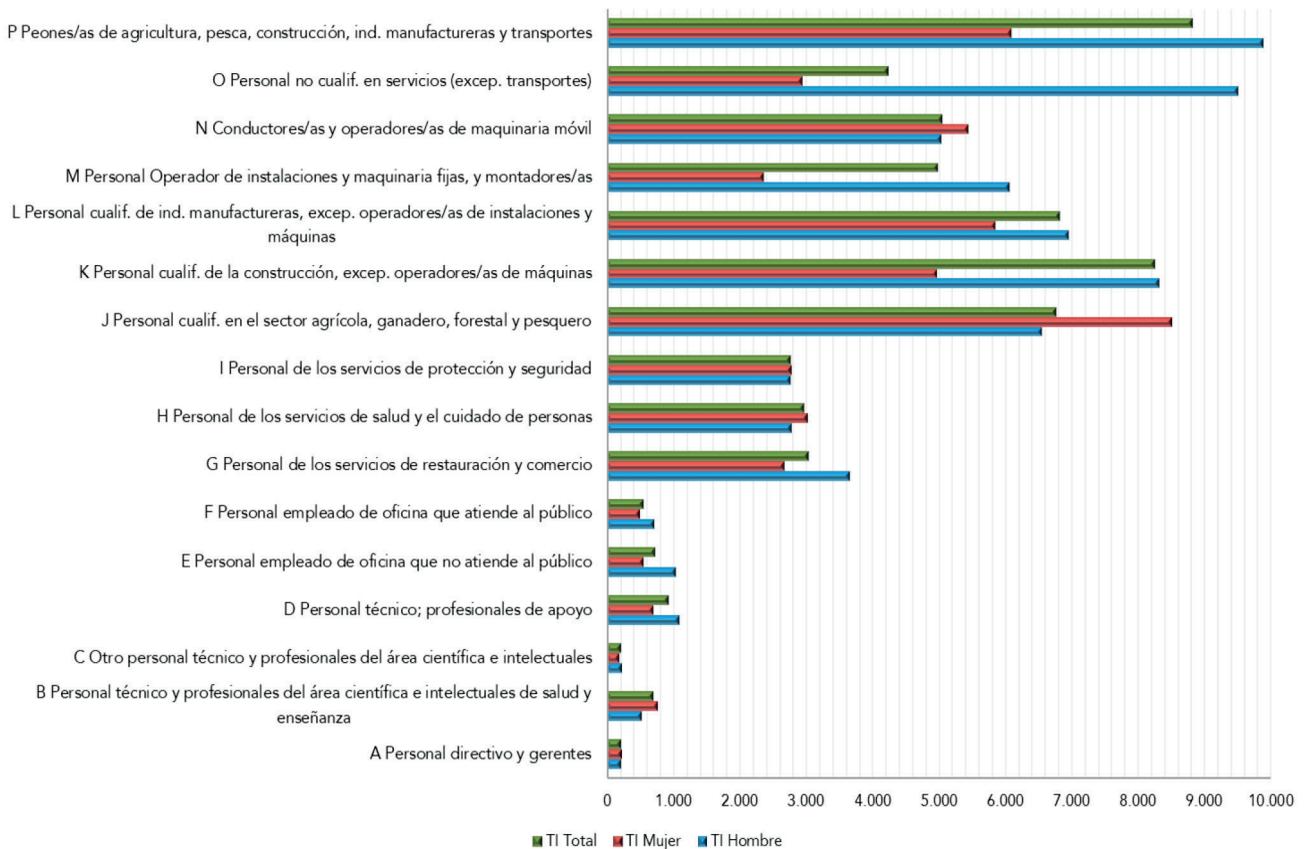
Sería interesante incorporar al análisis de causas de los accidentes, las posibles causas relacionadas con valores empresariales tradicionales y la cultura de la masculinidad dominante que puedan estar afectando a conductas de riesgo (como, por ejemplo, no utilizar las medidas de protección necesarias). Sería interesante, por lo tanto, identificar si las normas de la masculinidad tradicional están influyendo y en qué medida.

Tabla 3. Índices de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo (ATJT) según sexo y gravedad

	ATJT Total	II de ATJT Total	ATJT Leve	II de ATJT Leve	ATJT Grave	II de ATJT Grave	ATJT Mortal	II Mortal
Hombres	395.670	3.732,2	391.822	3.695,9	3.272	30,9	576	5,4
Mujeres	163.266	1.760,7	162.574	1.753,3	652	7,0	40	0,4
Total	558.936	2.812,4	554.396	2.789,6	3.924	19,7	616	3,1

Fuente: Informe Anual de Accidentes de Trabajo en España. Datos 2023. IN SST. [17]

Gráfico 1. Tasa de incidencia de ATJT según ocupación y sexo



Fuente: Informe anual de accidentes de trabajo en España. Datos 2023. INSST. [17]

Conductas de riesgo asociadas al uso de los Equipos de Protección Individual

La necesidad de utilizar un equipo de protección individual (EPI) se establece en la evaluación de riesgos laborales, a partir de la cual se identifican el conjunto de medidas preventivas que deben implementarse para eliminar, reducir o controlar los riesgos detectados. Si bien a la hora de adoptar las medidas preventivas se deben seguir los principios del artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), que antepone las medidas de protección colectiva a la protección individual, en ocasiones estas medidas colectivas no son suficientes y se requiere el uso de EPI como barrera de protección entre la persona y el riesgo. Hay muchas ocupaciones y actividades que requieren la

utilización del EPI. Para que éste proteja de forma eficaz es importante seleccionar el apropiado, que se adapte y ajuste a la persona, pero, además, es imprescindible que el EPI se utilice de forma correcta.

El comportamiento de riesgo relacionado con no usar los EPI también está influenciado por los estereotipos y roles de género.

El Health and Safety Executive británico (HSE) llevó a cabo un análisis sobre los accidentes, relacionados con el uso de los EPI. Este estudio muestra que los trabajadores varones están involucrados en alrededor del 85 % de los accidentes relacionados con el no uso o el uso incorrecto de EPI, mientras que las trabajadoras están involucradas únicamente en el 15 % restante [18].

Imagen 2. Portada del folleto "Masculinidades beta. Los hombres, también se cuidan".



Disponible en: <https://masculinidadesbeta.org/wp-content/uploads/2024/01/Folleto-Prevencion-de-Riesgos-Laborales.pdf>

La investigación realizada por Andrade-Rivas y Rother identificó tres factores clave que influyen en la percepción de riesgo y el uso de los EPI; uno de ellos es el comportamiento de las personas trabajadoras y cómo se ve influenciado por el ambiente de trabajo, las prácticas del resto de compañeros y compañeras y el rol de género. Según este estudio, se produce una interacción entre la **dinámica de género**⁷, el estatus social y el uso de los EPI [19]. Los resultados de la investigación señalaban unas diferencias evidentes en el uso de los EPI (en este caso, la ropa de protección frente a productos químicos): las mujeres

7 Los autores consideran "dinámicas de género" a las prácticas y comportamientos de los trabajadores conforme a normas sociales de la masculinidad tradicional.

cumplían en mayor grado esta medida de protección, mientras que los trabajadores hombres líderes, jóvenes y más fuertes los usaban en menor medida [19].

El uso de los EPI por parte de las personas trabajadoras expuestas al sol también ha mostrado resultados diferentes según el sexo. Nahar y sus colaboradores analizaron investigaciones que trataban el uso de protección solar en hombres y mujeres que trabajan al aire libre. De los cinco estudios analizados, cuatro mostraban diferencias significativas. Esta investigación también señala diferencias según el tipo de medida de protección. Así, por ejemplo, un estudio mostró que, en las actividades de reparto postal, las trabajadoras eran más propensas a usar la protección solar y los hombres tenían una mayor probabilidad de emplear el sombrero [20].

El uso de la mascarilla ha sido de vital importancia durante la pandemia de la COVID-19; por ello, se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre su empleo, algunas de ellas fuera del ámbito laboral, pero que han permitido poner de manifiesto aspectos importantes como el uso diferencial entre mujeres y hombres.

Según el estudio de Capraro y Barceló, las mujeres tenían más probabilidades de cubrirse la cara con mascarilla que los hombres durante las pandemias de SARS y H1N1, por lo que era previsible que estos comportamientos se repitieran en la pandemia de la COVID-19. Según estos autores, la intención de cubrirse la cara con una mascarilla estaría mediada por las emociones negativas que se sienten al hacerlo. Estas diferencias fueron analizadas mediante un cuestionario con afirmaciones como: "usar la mascarilla es genial", "no me gusta taparme la cara", "me siento avergonzado al usar una mascarilla" o "usar una mascarilla es un signo de debilidad", entre otras. Las respuestas a estas afirmaciones mostraban un mayor rechazo en los hombres hacia esta medida de protección [21].

Cassino también analiza la diferencia en el uso de la mascarilla entre mujeres y hombres en Estados Unidos. Los resultados muestran que el rechazo a esta medida de protección no estaría relacionado con un problema biológico, sino de género: concretamente con la masculinidad [22].

Howard muestra resultados similares en su estudio sobre el uso de la mascarilla durante la pandemia. Aquellos hombres para los que su género era muy importante eran más propensos a percibir las mascarillas como un ataque a su independencia, mientras que las mujeres las percibían con mayor probabilidad como incómodas [23].

CONSIDERACIONES FINALES

El género atraviesa todo el proceso de gestión de la prevención de riesgos laborales, por lo que los valores de la masculinidad tradicional en una empresa influirán en cómo se gestione la seguridad y salud de las personas trabajadoras.

Las consecuencias de los valores de la masculinidad tradicional afectan tanto a mujeres como a hombres, pero es sobre estos últimos, por ser quienes llevan a cabo las conductas de riesgo, donde deben centrarse las intervenciones y las medidas preventivas.

Los sectores de actividad más afectados por estos valores serán aquellos más masculinizados. Además, son estos los que suelen presentar un mayor riesgo de accidentes graves y mortales, por lo que su intervención es prioritaria.

Cada vez más instituciones a nivel nacional e internacional empiezan a poner el foco en la necesidad de transformación de la masculinidad tradicional, partiendo de la cultura organizacional de la empresa.

El Ministerio de Igualdad, dentro de su Plan Corresponsables, impulsó diferentes medidas como la ventanilla abierta del servicio *online* para la información y asesoramiento a profesionales e instituciones sobre hombres y masculinidades SIAPIHM o la realización de encuentros con sindicatos, promovida a través de la Fundación Iniciativa Social, donde se abordó el problema de la masculinidad tradicional en la prevención de riesgos laborales.

Dentro de las intervenciones en este campo se encuentra el servicio Gizonduz de Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer, que, desde 2007, trabaja con hombres y masculinidades y en los últimos años se ha incluido una línea de trabajo específica para empresas por la que han pasado ya casi 60 empresas con un millar de horas de formación. Las sesiones formativas abordan la influencia de la masculinidad en la prevención de los riesgos laborales, inscribiéndose en un plan formativo más amplio y transversal con módulos relacionados con hombres, masculinidades e igualdad y mundo laboral, los procesos de socialización de las masculinidades y sus efectos en los hombres, la **organización empresarial y el liderazgo**, los cuidados y la **corresponsabilidad** y un último módulo que analiza las masculinidades y la **prevención del acoso sexual y por razón de sexo**.

Por otro lado, la Dirección General de Tráfico señala que las medidas e intervenciones a llevar a cabo deberían intentar **modificar esos ideales de masculinidad tradicional** implantados y sensibilizar de manera especial al grupo de hombres para

que revisen el modelo de hombría como sinónimo de comportamientos orientados al riesgo y su posible impacto sobre su propia salud y la del resto de personas [14].

Si bien, como señalan Odriozola y Pizarro, para la **intervención con grupos de hombres** y la transformación de los valores de la masculinidad tradicional, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos [24]:

- Gran parte de los hombres tienen interiorizada la masculinidad como unos ideales, por lo que las medidas deben estar dirigidas a su modificación.
- Intentar modificar esta situación provocará resistencias emocionales y materiales al sentir que se ataca a su identidad y sus privilegios.
- Es necesario introducir nuevos intereses e ideales.
- Se debe aprender y tomar como referencia a aquellos hombres que han logrado superar la masculinidad hegemónica.

Por lo tanto, es conveniente realizar **abordajes específicos dirigidos a los hombres** con acciones diferenciadas. La construcción social de la masculinidad influye en algunos comportamientos de riesgo laboral, por lo que sería útil realizar campañas que lo tengan en cuenta y que se dirijan de forma diferente a mujeres y a hombres, ya que sus percepciones y roles varían en función de cómo reproducen los mandatos de género.

Para ello, es importante que la dirección de las empresas esté implicada y entienda que estos cambios son lentos. El tipo de liderazgo ejercido por la dirección y los mandos intermedios es determinante para la mejora de la seguridad y la salud de la plantilla; también para la difusión de unos valores en los que prime la igualdad y la seguridad y salud, al tiempo que no favorezcan las creencias relacionadas con una masculinidad tradicional que ponen en peligro a todas las personas trabajadoras. En su estudio realizado en una plataforma petrolífera, Ely y Meyerson señalan que el gran cambio se produjo cuando la organización estableció la seguridad como una prioridad y el comportamiento de "macho" como inseguro. La clasificación como inaceptable de dicho comportamiento liberó a los hombres de una masculinidad asociada con el trabajo peligroso [25].

En conclusión: es necesario aplicar la perspectiva de género para dirigirse a los hombres, tanto en la organización laboral como en su quehacer individual, para que cuestionen y se alejen

Imagen 3. Imagen de la formación que imparte Gizonduz

Curso para empresas

Hombres, masculinidades y prevención de riesgos laborales

- Socialización de los modelos masculinos en el mundo del trabajo.
- Masculinidades y concepción del riesgo laboral.
- Practicas de prevención de los riesgos laborales dirigidas a hombres.

Gizonduz

EMAKUNDE

Presentación de formación “Hombres, masculinidades y prevención de riesgos laborales” del servicio Gizonduz de Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer

de modelos masculinos tradicionales, dando preferencia a otros comportamientos que visibilicen y pongan en valor modelos menos cerrados, más andróginos e igualitarios y más enfocados al autocuidado y la protección de la seguridad y salud.

La integración de la perspectiva de género en la PRL (recogida en el objetivo 5 de la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#)) es fundamental para alcanzar la protección de la seguridad y la salud de todas las personas

trabajadoras, evitando el sesgo androcéntrico actual. Sin embargo, esta perspectiva nos permite también reflexionar sobre la influencia que la construcción de la masculinidad tradicional hegemónica tiene en los comportamientos de riesgo y en la falta de autoprotección de los hombres trabajadores. Resulta primordial aplicar una perspectiva en la organización laboral y en la cultura empresarial que avance en la modificación de determinadas conductas discriminatorias y de riesgo proporcionando modelos más justos e igualitarios. ●

■ Referencias bibliográficas ■

1. Azpiazu Carballo, J. (2017). Masculinidades y feminismos. Barcelona: Virus.
2. Connel, R. (1995). La organización social de la masculinidad. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales Web para el desarrollo de las ciencias sociales en Perú.
3. Sanmartín Ortí, A., Kuric Kardelis, S. & Gómez Miguel, A. (2022). La caja de la masculinidad: construcción, actitudes e impacto en la juventud española. Madrid: Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud, Fundación Fad Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.7319236.
4. David, D. S., & Brannon, R. (Eds.) (1976). *The Forty-Nine Percent Majority: The Male Sex Role*. New York.
5. Bonino, L. 2002. Masculinidad Hegemónica e Identidad Masculina. Dossiers feministes. Número 6. Dedicado a: Masculinitats: mites, de /construccions i mascarades.
6. Bonino, L. 2000. Salud, varones y masculinidad. Este artículo es parte del artículo presentado para las Jornadas sobre Mainstreaming de Género en Salud organizadas por la OMS-Europa en septiembre de 2001 y publicado en Seminario sobre Mainstreaming de género en políticas de salud en Europa Madrid: MAS Instituto de la mujer.
7. Riviere Aranda, J. 2019 Una aproximación a las masculinidades, la salud y los riesgos laborales. *Cadernos de Psicología*, 2020. VOL 37, pg 107-121.
8. Gartzia, L. 2011. Empresas del siglo XXI: De pensar en "Masculino" a pensar en "Andrógino". Una propuesta innovadora sobre el valor del género en el funcionamiento organizacional. Diputación Foral de Gipuzkoa. ISBN: 978-84-7907-684-9.
9. Stergiou-Kita, M.; Mansfield, M.; Bezo, R.; Colantonio, A.; Garritano, E.; Lafrance, M.; Lewko, J.; Mantis, S. 2015. *Danger zone: Men, masculinity and occupational health and safety in high risk occupations*. *Safety Science* 80 213–220.
10. De Keijzer, B. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón, E. (coord.) (1997). *Género y salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR-UJAD.
11. Hiller, J.; Schatz, K. y Drexler, H. 2017. *Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review*. *J Public Health* 25:339-349.
12. Courtenay, W.H. 2000. *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*. *Social Science & Medicine* 50, 1385-1401.
13. Dejoy, D.M. 1992. *An examination of gender differences in traffic accident risk perception*. *Accid. Anal. & Pm.* Vol. 24. No. 3. pp. 231-246.
14. DGT 2022.
15. Observatorio del Suicidio en España. Estadísticas 2023. Fundación española para la prevención del suicidio.
16. European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA. *Mental health in agriculture: preventing and managing psychosocial risks for farmers and farm workers*.
17. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Informe Anual de Accidentes de Trabajo en España. Datos 2023.
18. HSE. 2016. *Evidence base for identifying potential failures in the specification, use and maintenance of PPE at work*. Research Report 419.
19. Andrade-Rivas, F. y Rothe, H.A. 2015. *Chemical exposure reduction: Factors impacting on South African herbicides sprayers' personal protective equipment compliance and high-risk work practices*. *Environmental Research* 142 34–45.
20. Nahar, V.K.; Ford, M.A.; Hallam, J.S.; Bass, M.A. y Vice, M.A. 2013. *Sociodemographic and Psychological Correlates of Sun Protection Behaviors among Outdoor Workers: A Review*. *Journal of Skin Cancer* Volume 2013, Article ID 453174, 10 pages.
21. Capraro, V. y Barcelo, H. 2020. *The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission*. *Journal of Behavioral Economics for Policy*, Vol. 4, COVID-19 Special Issue 2, 45-55.
22. Cassino, D. y Besen-Cassino, Y. 2020. *Of Masks and Men? Gender, Sex, and Protective Measures during COVID-19*. *Politics & Gender*, 16, 1052–1062.
23. Howard, M.C. 2021. *Gender, face mask perceptions, and face mask wearing: Are men being dangerous during the COVID-19 pandemic?* *Personality and Individual Differences* 170.
24. Odriozola, X. (Editor); Pizarro, M. (Coordinadora) 2009. *Guía práctica para la intervención con grupos de hombres: Una herramienta para promover la implicación de los hombres en la igualdad*. Diputación Foral de Álava.
25. Ely, R.J y Meyerson, D.E. 2006. *Unmasking Manly Men: The Organizational Reconstruction of men's Identity*.

Entrevista a Yolanda Díaz, vicepresidenta segunda del Gobierno y ministra de Trabajo y Economía Social

El Real Decreto 893/2024, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar



El Real Decreto 893/2024 marca un hito en la protección laboral de las trabajadoras empleadas en el hogar, históricamente invisibilizadas. En esta entrevista, Yolanda Díaz destaca que la norma “Finaliza con esa discriminación histórica” y lo hace ampliando derechos de protección de la seguridad y salud a las trabajadoras, sin sobrecargar a las familias empleadoras.

Yolanda Díaz (Fene, A Coruña, 1971) es licenciada en Derecho por la Universidad de Santiago de Compostela y cuenta con una amplia trayectoria en el ámbito del derecho laboral. Tras colaborar con distintos despachos, abrió su propio bufete, especializándose en relaciones laborales y Seguridad Social.

Compaginó su labor como abogada con la política, primero en el Ayuntamiento de Ferrol y posteriormente en el Parlamento de Galicia. En 2016 fue elegida diputada en el Congreso y desde enero de 2020 ocupa el cargo de ministra de Trabajo y Economía Social de España, al que se sumó en 2021 la Vicepresidencia Segunda del Gobierno.

Como titular de Trabajo, su gestión se ha centrado en el Diálogo Social, liderando más de una veintena de grandes acuerdos, entre ellos la conocida Reforma Laboral y, además, ha impulsado la modernización del mercado laboral con la Ley Rider y la equiparación de derechos de las empleadas del hogar. Ha promovido la igualdad retributiva y la protección de los derechos LGTBIQ+ en el trabajo. Durante la pandemia, lideró la reforma de los ERTE, protegiendo millones de empleos.

Actualmente, su departamento trabaja en la reducción de la jornada laboral a 37,5 horas semanales en 2025, consolidando su apuesta por un modelo de trabajo más estable y equitativo.

Se habla de “deuda histórica” con las trabajadoras empleadas del hogar y es que, entre la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en 1995, y este real decreto han pasado casi 30 años. ¿Por qué se ha tardado tanto en reconocer sus derechos en materia de prevención de riesgos laborales?

Los cuidados y el trabajo en el hogar han sido siempre relegados a un papel secundario, siempre invisibilizados e infravalorados. Esto ha ocurrido tanto en el mercado laboral como en la propia percepción social. Ese período tan amplio de tiempo que citas es elocuente y, sin duda, la mejor metáfora de la consideración sociolaboral que históricamente ha existido sobre esta actividad. Es momento de reconocer a un colectivo que siempre ha sido discriminado. Considero que el tratamiento al trabajo del hogar ha sido la antítesis, si se me permite la expresión, de la modernización de nuestro país.

Tanto es así que, hasta hace dos años, las empleadas del hogar no tenían acceso a algunos derechos laborales básicos. Por ejemplo, la indemnización por despido. El Real Decreto-ley 16/2022, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, ha reparado parte de esa injusticia histórica: equipara las condiciones de trabajo y de

Seguridad Social de las personas trabajadoras del hogar familiar a las del resto de personas trabajadoras por cuenta ajena.

Ese camino ha continuado con la ratificación por nuestro país del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos. En este documento se reconoce la prestación de desempleo y se elimina el desistimiento. Una norma que nos convierte en un país mejor, un lugar que ubica en el centro de la actuación pública el bienestar de las mujeres trabajadoras más vulnerables.

Esto culmina, de momento, con la aprobación del nuevo Real Decreto 893/2024, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar, que reconoce el trabajo en el hogar como pilar fundamental para la sociedad. Finaliza con esa discriminación histórica, permitiendo al colectivo ver ampliados sus derechos de protección de la seguridad y salud.

Me gustaría recordar que en el texto original de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, pilar normativo para la política y actuación en materia de protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras, de manera muy significativa no se incluía como ámbito de aplicación al trabajo en el hogar familiar. Fue necesario que en 2022 se incorporase la disposición adicional 18ª sobre la protección de la seguridad y la salud en el trabajo de las personas trabajadoras en el ámbito de la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. La disposición concreta que en ese ámbito de la relación laboral las personas trabajadoras tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, especialmente en el ámbito de la prevención de la violencia contra las mujeres. Es la que da paso al desarrollo reglamentario que culmina con el Real Decreto 893/2024.

“Los cuidados y el trabajo en el hogar han sido siempre relegados a un papel secundario, siempre invisibilizados e infravalorados”

¿Cuáles son los riesgos más importantes a los que se ven expuestas las personas trabajadoras de este sector? ¿Qué efectos tienen sobre su salud?

Como ocurre con la mayoría de los trabajos feminizados, se tiende a creer que los trabajos de limpieza, cocina, cuidados y todos los que realiza el servicio del hogar carecen de peligros. No obstante, la realidad demuestra que las mujeres que los realizan están expuestas a diversos riesgos, desde la carga física y postural

a los factores psicosociales, pero también a otros tipos de riesgos, como caídas, quemaduras, contactos eléctricos, exposición a agentes químicos, etc.

Los principales problemas de salud que suelen tener estas mujeres son, por un lado, trastornos musculoesqueléticos, como el síndrome del túnel carpiano o las lumbalgias y, por otro, problemas de salud relacionados con el estrés, como la ansiedad o el insomnio. También suelen presentar problemas de alergias y dermatitis, ligados al uso de productos químicos para la limpieza.

“Hasta este momento no ha existido obligación de que sean informadas de los accidentes o enfermedades profesionales que pueden ocurrirles con motivo de su trabajo y de cómo pueden prevenirlos”

Por supuesto, hay que tener en cuenta que, dado el perfil sociodemográfico de este colectivo, pueden aparecer conductas discriminatorias asociadas al género, a la edad, a la raza o a la clase social, aspectos que afectan tantas veces de modo decisivo a su salud mental, otra de las grandes cuestiones históricamente desatendidas y que son uno de nuestros ejes de actuación.

¿Qué impacto va a tener en la vida de las empleadas del hogar la aprobación de este real decreto? ¿Y en la de las personas empleadoras?

Como beneficios inmediatos y directos, estas personas tendrán una formación en prevención de riesgos laborales gratuita y facilitada por el Servicio de Empleo Público Estatal (SEPE) a través de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (Fundae). Hasta este momento no ha existido obligación de que sean informadas de los accidentes o enfermedades profesionales que pueden ocurrirles con motivo de su trabajo y de cómo pueden prevenirlos. Va a ser un cambio sustancial, aderezado por la ausencia de carga económica o burocrática para las personas que tienen una empleada en su hogar.

Por otro lado, el empleador o empleadora debe llevar a cabo una evaluación de riesgos, analizar la situación que tiene en su hogar pensando en los riesgos que pueden darse y su posible prevención. Para esta tarea hemos previsto una herramienta de apoyo, que está desarrollando el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) y que facilitará el proceso de evaluación de riesgos y la determinación de medidas preventivas.

Una vez más, no se había hecho nunca. Supone un avance importante para evitar lesiones y enfermedades profesionales en este colectivo.

Además, las trabajadoras del hogar tendrán a su disposición un protocolo de actuación frente a situaciones de violencia y acoso en el servicio del hogar familiar elaborado por el INSST. Este protocolo será publicado en las páginas web del Ministerio de Trabajo y Economía Social y del Ministerio de Igualdad y estará a disposición de personas empleadoras y trabajadoras en las sedes de las Inspecciones provinciales de ambos ministerios.

“Toda esta mejora de la prevención de riesgos laborales en el servicio del hogar familiar se establece y produce sin una carga económica o grandes esfuerzos para las familias que contraten estos servicios”

Por último, el real decreto establece otros derechos importantes, como el de la vigilancia de la salud, pero siempre poniendo el foco en proteger a las empleadas sin que ello suponga nuevas obligaciones inasumibles a las personas empleadoras y con un espíritu de establecer una cultura preventiva también en espacios como el hogar.

Afecta a familias y personas no familiarizadas con la LPRL: ¿Cómo se va a facilitar el cumplimiento de la norma? Más allá de la obligatoriedad, ¿cómo se les van a trasladar los beneficios que conlleva?

Lo más importante pasa por enfatizar que toda esta mejora de la prevención de riesgos laborales en el servicio del hogar familiar se establece y produce sin una carga económica o grandes esfuerzos para las familias que contraten estos servicios.

La vía para lograrlo es sencilla: poner los servicios públicos a disposición de las familias y de las personas trabajadoras del servicio del hogar. Como ya he mencionado, el INSST trabaja en una herramienta gratuita para facilitar a un tiempo la evaluación de riesgos y la implantación de medidas preventivas. Este servicio está concebido de un modo autoexplicativo y de uso fácil.

Con la formación y con la vigilancia de la salud ocurre lo mismo, esta normativa nace con la intención de facilitar todos los trámites y actuaciones necesarias por la vía de los servicios públicos.

Con respecto a la difusión de los beneficios que conlleva esta normativa, a lo largo de 2025 está previsto desarrollar una campaña para dar a conocer las novedades que introduce y cómo se van a beneficiar de ellas las personas trabajadoras.

“Las trabajadoras del hogar tendrán a su disposición un protocolo de actuación frente a situaciones de violencia y acoso en el servicio del hogar familiar elaborado por el INSST”

¿Cuántas personas se podrán beneficiar de los nuevos derechos?

Lo verdaderamente relevante es el hecho de que las personas que se van a beneficiar de estos derechos son las que están en situación de mayor vulnerabilidad y desprotección.

Sé bien lo que sufría este colectivo, defendí como abogada laboralista a muchas de ellas. Conozco muy bien todo el proceso de espera que han vivido para dejar de ser trabajadoras de segunda.

Según los datos del Sistema Especial de Trabajadores del Hogar de la Seguridad Social, en el año 2024 había un total de 362.164 personas afiliadas trabajando en los hogares.

De ellas, más del 95 % son mujeres, un total de 346.338. Los hombres, en cambio, constituyen menos del 5 %. La mayoría están en una edad que condiciona el desempeño de su tarea: 8 de cada 10 tienen más de 40 años. Y el grueso de ellas tienen entre 50 y 60 años.

Además, conviene destacar que las mujeres migrantes ocupan un papel destacado en este sector ya que, de las 346.338 trabajadoras, el 43,9 % son extranjeras en situación regular.

“Lo verdaderamente relevante es el hecho de que las personas que se van a beneficiar de estos derechos son las que están en situación de mayor vulnerabilidad y desprotección”

Aunque es complicado encontrar datos contrastados, algunos estudios señalan que el porcentaje de empleadas del hogar, sobre todo migrantes, que sufre acoso sexual es muy elevado. ¿Cómo se puede abordar esta problemática?

El acoso sexual en el ámbito laboral es una de las expresiones más evidentes de la desigualdad y violencia contra las mujeres estructural que todavía persiste en nuestra sociedad.

Estos últimos años nos hemos distinguido por nuestra lucha contra las distintas segregaciones y desigualdades. El reconocimiento y garantías de los derechos en este ámbito forman parte indisoluble de esa lucha.

El convenio 189 de la OIT insta a todos los Estados miembros que lo ratifican a adoptar medidas para asegurar que las trabajadoras y trabajadores domésticos gocen de una protección efectiva contra toda forma de abuso, acoso y violencia.

Recordemos, además, que la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, establece que el acoso sexual es una de las formas que adopta la violencia en el ámbito laboral.

Efectivamente, hay encuestas que señalan cómo las trabajadoras con nacionalidad distinta a la española tienen peores condiciones laborales que las trabajadoras con nacionalidad española, y sufren una situación más vulnerable ante la violencia y el acoso.

Por eso este real decreto reconoce específicamente su derecho a la protección frente a la violencia y el acoso y encarga al INSST la elaboración de un protocolo para su prevención y actuación.

“El acoso sexual en el ámbito laboral es una de las expresiones más evidentes de la desigualdad y violencia contra las mujeres estructural que todavía persiste en nuestra sociedad”

¿Cuál es el papel del INSST y de otros organismos públicos en la aplicación de los nuevos derechos de las empleadas del hogar?

El INSST es el órgano científico-técnico especializado de la Administración General del Estado que tiene como misión el análisis y estudio de las condiciones en el trabajo, así como la promoción y apoyo a la mejora de estas para crear entornos laborales más

seguros y saludables. Por lo tanto, su papel en este caso es fundamental. Asesora a todas las partes implicadas, lo que involucra desde otros organismos públicos —SEPE o Fundae— a directamente las personas empleadoras y trabajadoras.

Por eso, esta normativa establece que el INSST será el encargado de desarrollar la herramienta para la evaluación de riesgos, la guía técnica que explique cómo se debe aplicar el real decreto en los aspectos técnicos y el protocolo de actuación frente a situaciones de violencia y acoso. Para todas estas actuaciones se ha establecido un plazo de 12 meses, excepto para la herramienta gratuita de evaluación de riesgos, para cuyo desarrollo dispone de 10 meses.

A partir de ahí, las personas empleadoras tienen un margen de 6 meses desde que la herramienta esté a su disposición para llevar a cabo las actuaciones preventivas necesarias.

Ya lo he mencionado y se relaciona con la coherencia de nuestras políticas, con nuestra defensa a ultranza del papel de los servicios públicos. Tanto es así, que la nueva normativa establece que tanto la formación como la vigilancia de la salud se lleven a cabo también por parte de servicios públicos, asegurando el acceso gratuito y equitativo a estas medidas preventivas.

En vista de lo hablado hasta el momento, ¿podemos concluir que el nuevo real decreto pone por fin a España en la órbita de los países con mayor nivel de protección del colectivo de empleados y empleadas del hogar?

En muchos países se ha legislado para establecer unas condiciones de empleo dignas, por ejemplo, para establecer el salario mínimo, regular las jornadas o la obligatoriedad de tener cobertura en la Seguridad Social, así como también se ha legislado para sacar de la economía sumergida a este tipo de trabajos, ofreciendo ventajas tanto para la persona empleadora como para la persona empleada.

Aunque existen países que han tratado de dignificar el trabajo en el hogar, no hemos encontrado normativa en ningún otro país que establezca un abordaje tan completo como el que se establece en el Real Decreto 893/2024 para articular las distintas actividades preventivas otorgando derechos a las trabajadoras, sin que ello implique una sobrecarga no asumible para las familias empleadoras. Realmente somos pioneros en la protección de la seguridad y salud en el trabajo de las empleadas del hogar.

El real decreto nos permite seguir avanzando y tener un país mejor. Somos el gobierno de las trabajadoras. Soy muy testaruda con el único concepto de trabajo posible: el del trabajo digno y decente, el del trabajo con derechos y garantías. Por eso, España es el

primer país en desarrollar una normativa de prevención de riesgos laborales para las trabajadoras del hogar. Una normativa, además, realizada desde el diálogo y teniendo en cuenta a las asociaciones.

Y enlaza a la perfección con otros logros en este ámbito sociolaboral. Recordemos cómo fue creado un subsidio específico durante la pandemia. O las directrices fijadas en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 que refuerzan, de forma consistente, la protección de las personas trabajadoras en situación de mayor vulnerabilidad.

Sin nuestra gestión y acción política, jamás hubiesen aparecido derechos como la prestación contributiva de desempleo, la cobertura FOGASA o la protección de los despidos injustificados.

“España es el primer país en desarrollar una normativa de prevención de riesgos laborales para las trabajadoras del hogar”

Más allá de las empleadas del hogar ¿qué otras medidas han de adoptarse para equiparar los derechos de las mujeres en el ámbito del trabajo y qué sectores deben priorizarse?

Algo que tienen en común los sectores o actividades más feminizadas es su infravaloración social, lo que deriva en unas malas condiciones de empleo y trabajo. Es urgente poner en valor y mejorar estos trabajos, clave para sostener la organización de los cuidados de nuestro país. En resumen, y esto funciona como una clave de civilización, se trata de cuidar a quienes cuidan.

Entre los colectivos laborales feminizados que requieren una respuesta especialmente urgente destacan los sociosanitarios. Y, en particular, el sistema de autonomía y atención a la dependencia y el trabajo en residencias.

Pero, en general, todas las actividades y ocupaciones altamente feminizadas requieren mejorar sus condiciones de trabajo para que no dañen su salud. Pienso en las aparadoras, conserveras, rederas, temporeras, educadoras, etc. Todos son colectivos que tienen en común la alta exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales. Adoptar medidas para mejorar la exposición a estos riesgos va a ser una prioridad de este ministerio. Lo saben perfectamente y forma parte de nuestro ADN: las políticas de bienestar suponen que la sensibilidad y las necesidades de la ciudadanía han de estar siempre en primer plano. ●

Entrevista a María Barturen, experta en derecho laboral

“Reconocer las diferencias entre mujeres y hombres permite adoptar medidas preventivas específicas y evitar riesgos que, de otra forma, pasarían desapercibidos”

La integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales es una obligación legal y es clave para garantizar la seguridad y salud de todas las personas trabajadoras. La experiencia de María Barturen como abogada asesora de empresas le ha permitido observar sus beneficios en la reducción de riesgos y los desafíos en su aplicación.



María Barturen (Bilbao, 28 agosto 1976) lleva más de 25 años ejerciendo la abogacía. Durante este tiempo, ha asesorado a cientos de empresas en materia de derecho laboral y ha adquirido un conocimiento profundo sobre el *mobbing* o acoso en el trabajo. Desde el despacho Bufete Barrilero y Asociados, defiende el equilibrio entre los intereses de las empresas y los derechos de las personas trabajadoras y recuerda que “estamos en continua evolución, lo que hoy consideramos imprescindible, puede que en tres años no lo sea”. Hablamos con ella sobre el marco jurídico que obliga a la introducción de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales, la digitalización y las nuevas formas de organización del trabajo, la doble jornada y la doble presencia y el ciberacoso.

¿Existe una obligación clara de que las empresas integren la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales?

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 incluye diversos artículos en los que se recoge este aspecto. Entre ellos, el 5.4, que hace referencia a que las Administraciones públicas deben promover y velar por la efectividad del principio de igualdad entre hombres y mujeres; el 25.2, que está centrado en la obligación de la empresa de tener en consideración los factores de riesgo que pueden incidir en la función de procreación de los trabajadores y las trabajadoras; el 26, que habla de la protección de la maternidad; y el 16.2, que, aunque no hace alusión expresa a la perspectiva de género, indica que en la evaluación inicial de riesgos se deben tener en cuenta las características de las

personas trabajadoras. La obligación de incorporar el enfoque de género en la planificación preventiva está presente tanto en esta normativa como en otras posteriores, como la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Por lo tanto, sí, existe una obligación legal clara.

“La perspectiva de género no supone un sesgo favorable hacia las mujeres, sino que engloba a hombres y mujeres”

¿Qué beneficios se derivan del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres y la consiguiente implantación de la perspectiva de género en la política preventiva de las organizaciones?

Las ventajas son muchas y a todos los niveles. En el ámbito de la ergonomía se ve claramente: las mujeres son las principales beneficiadas de la adopción de actuaciones preventivas con perspectiva de género relacionadas, por ejemplo, con la manipulación manual de cargas; pero estas medidas terminan por beneficiar también a los hombres, puesto que no todos tienen las mismas condiciones físicas. No podemos perder de vista que la perspectiva de género no supone un sesgo favorable hacia las mujeres, sino que engloba a hombres y mujeres. Reconocer las diferencias entre unos y otras permite adoptar medidas preventivas específicas y evitar riesgos que, de otra forma, pasarían desapercibidos. Por otro lado, las empresas que protegen más eficazmente a su personal y disfrutan de un mejor entorno laboral suelen reducir los niveles de absentismo y aumentar su productividad. Además, la integración de la perspectiva de género y la reducción de riesgos permite atraer a más personas trabajadoras a las empresas, tanto mujeres como hombres, y disminuir la dificultad de cubrir vacantes que existe en determinados sectores. En último lugar, el beneficio social es evidente.

¿Las empresas son conscientes de ello?

Siempre hay excepciones, pero mi sensación es que las empresas quieren hacer las cosas bien y cumplir los protocolos internos. No se limitan a cubrir el expediente, sino que hay una preocupación real. En mis años de ejercicio profesional he podido constatar una evolución importante en la sensibilidad empresarial por desarrollar políticas internas de prevención y protección de la igualdad. En la etapa anterior, la perspectiva de género estaba muy centrada en el periodo reproductivo de las mujeres y los peligros relacionados con determinados químicos. Ahora se ha dado un paso más. No se

trata de hacer dos evaluaciones de riesgos, una para mujeres y otra para hombres, sino de que se integre el enfoque de género en todas las fases de la prevención. Los servicios de prevención, junto con los departamentos de Recursos Humanos y Calidad, son los que más están tirando del carro para optimizar los procesos productivos y reducir la carga física de los puestos de trabajo, así como para mejorar la parte más psicosocial de la prevención. El objetivo es reducir los riesgos y normalizar la presencia de las mujeres en ámbitos muy masculinizados.

“Las empresas que protegen más eficazmente a su personal y disfrutan de un mejor entorno laboral suelen reducir los niveles de absentismo y aumentar su productividad”

¿A qué se debe que el ritmo de implantación sea tan dispar? ¿Al tamaño y disponibilidad de recursos?

No podemos comparar a empresas de 5 personas trabajadoras con otras de 30. En general, si tienes un bar, una peluquería o cualquier negocio con una plantilla de menos de 10 personas, la prevención de riesgos se delega en un servicio de prevención. Los servicios de prevención deben realizar una labor de sensibilización enfocada a las pequeñas y medianas empresas (pymes) y a las microempresas, en las que la introducción de la perspectiva de género es más difícil, muchas veces por simple desconocimiento. El caso de las empresas grandes es diferente: a partir de 50 personas existe la obligación de elaborar un Plan de Igualdad, que es una muy buena herramienta para la gestión de la perspectiva de género. La mayoría de los Planes de Igualdad abordan la necesidad de una prevención de riesgos con enfoque de género. En cualquier caso, la reforma de la normativa de prevención de riesgos laborales presumiblemente reforzará este aspecto al margen de los Planes de Igualdad. Por otro lado, el hecho de contar con un servicio de prevención propio formado en perspectiva de género o un comité de empresa sensibilizado en esta materia podría hacer que el esfuerzo en este ámbito fuera mayor. Al final, también las pymes y las microempresas terminarán por integrar paulatinamente la perspectiva de género y convertirla en algo habitual. Para ello, además, no deberían necesitarse recursos adicionales.

“El origen del problema radica muchas veces en la falta de equilibrio en el reparto de tareas”

¿Qué consecuencias puede tener para las empresas la ausencia de la perspectiva de género en la prevención?

Siempre que existe una obligación legal, el no dar cumplimiento a la misma puede generar responsabilidades. Si una persona ve perjudicada su salud por no haberse tenido en cuenta la perspectiva de género en el ámbito de la prevención, podrá iniciar una solicitud de responsabilidad por parte de la empresa ante los diferentes organismos y entidades como, por ejemplo, la Inspección de Trabajo, o solicitar la tutela de los órganos judiciales. De hecho, ya existen sentencias condenatorias relacionadas, por ejemplo, con incumplimientos relativos a la lactancia materna de trabajadoras o, en el ámbito de la ergonomía, que tienen que ver con daños sufridos por mujeres debidos a esfuerzos repetidos por no haber tenido en cuenta su diferente fisionomía. Más allá de las consecuencias jurídicas y junto a la reducción de las incapacidades temporales y la mayor atracción de talento a la que me he referido antes, hay que destacar que mostrar la especial sensibilidad de las empresas en este ámbito es visto como un valor añadido y de responsabilidad social de cara a las contrataciones públicas y también privadas.

Entre otros aspectos, el objetivo 2 de la actual Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 pone el foco en la necesidad de gestionar, desde el punto de vista preventivo, los cambios derivados de las nuevas formas de organización del trabajo. ¿Qué hay que tener en cuenta para conseguir este objetivo con perspectiva de género?

A partir de la pandemia hubo una explosión del teletrabajo, generalizándose su uso, lo que supone una organización del trabajo muy distinta. Es verdad que, aunque las nuevas generaciones van cambiando de mentalidad y el número de personas de ambos sexos que piden medidas de conciliación va siendo cada vez más parejo, las mujeres acceden en mayor medida al teletrabajo como medio para lograr esa compatibilidad entre la vida personal y la profesional. Esto hay que tenerlo en cuenta. El teletrabajo puede entenderse como una medida de conciliación en tanto que permite mayor flexibilidad, aunque no está exento de riesgos. Esta modalidad se generalizó en 2020 por unas circunstancias muy concretas, sin que fuera precedido de una implementación social y un desarrollo legislativo previo. Cuando no está bien implantado, puede generar aislamiento y afectar directamente a la carrera profesional de las personas, en su mayoría mujeres, que, por lo tanto, están más expuestas a estos riesgos. Además, en ocasiones no se cuenta ni con un entorno familiar ni físico que permitan realizar el trabajo de forma apropiada.

Las mujeres solemos tener mayores problemas para conciliar y somos quienes más reducciones de jornada o adaptaciones del tiempo de trabajo solicitamos. En este contexto, ¿cómo se puede proteger, de manera efectiva, el derecho a la conciliación?

Es fundamental adecuar la carga de trabajo a la jornada real. Si se pide una reducción de jornada se debe adaptar la carga o cambiar la priorización de las tareas y buscar apoyos para desarrollar esas tareas que antes hacía la persona que ha solicitado la reducción. De esa forma, se delega parte del trabajo y la mujer que disfruta de la medida de conciliación únicamente tiene que supervisarlos. Las reducciones de jornada y otras medidas de conciliación impactan directamente en las cuantías de las pensiones de jubilación, por poner un ejemplo, y acarrear determinadas discriminaciones que la legislación está, cada vez más, intentando paliar. Se debe garantizar que mujeres y hombres puedan acceder a las medidas de conciliación y que esto en ningún caso les penalice.

¿Cómo se puede proteger a las personas trabajadoras de la exposición a factores como la doble presencia (exposición a exigencias laborales y familiares de forma sincrónica) y la doble jornada (la suma del trabajo remunerado y del trabajo doméstico o de cuidados), que afectan especialmente a la seguridad y salud de las mujeres trabajadoras y que pueden intensificarse en situaciones de teletrabajo?

La doble jornada se da en mayor medida en las mujeres y, como referenciaba anteriormente, lo que dicen todos los estudios es que, en estos casos, se deben respetar las necesidades de las personas y es muy importante adecuar la carga de trabajo a las posibles reducciones por conciliación familiar, cuidado de mayores o cualquier otra circunstancia. Esto debe hacerse tanto para las trabajadoras como para los trabajadores. Lo que en ningún caso funciona es reducir las horas de trabajo y mantener la misma carga porque la persona terminará haciendo lo mismo sin la necesaria desconexión, lo que generará situaciones de estrés grave.

“Lo que en ningún caso funciona es reducir las horas de trabajo y mantener la misma carga”

La digitalización facilita la adaptación del trabajo a las necesidades de las personas, permitiendo una mayor flexibilidad. Sin embargo, también provoca una

intensificación de las tareas y una mayor invasión de la esfera personal y familiar, lo que dificulta el descanso. ¿Cómo se pueden equilibrar la carga y el tiempo laboral para garantizar el derecho a la desconexión?

Los problemas relacionados con la desconexión digital, que se incluyen también en la Estrategia Española, van de la mano del teletrabajo. Aquí es importante hablar de la flexibilidad en ambos sentidos. Hace poco tiempo, una persona que goza de esa flexibilidad me comentaba que, en su trabajo, asumía que no podía disfrutar de ella durante los últimos tres días del mes, que es cuando se realizaba el cierre. Ese esfuerzo era tenido en cuenta por la empresa, que lo valoraba y llegaba a acuerdos con la persona trabajadora con el objetivo de buscar la mejor manera de equilibrar sus necesidades de conciliación con las necesidades de la empresa.

Se debe llegar a un equilibrio entre el interés de la empresa por poder dar un servicio a sus clientes y la importancia de que las personas trabajadoras puedan conciliar. En todo caso, la norma que regula el teletrabajo es muy clara. Cuando se acuerda esta modalidad, se deben establecer la desconexión y los tiempos de trabajo. Además, la empresa tiene que facilitar los medios y la formación necesaria a la plantilla. Algo de gran importancia es formar a los equipos directivos en herramientas de trabajo a distancia y desconexión digital para evitar invadir el tiempo personal de las personas trabajadoras fuera de la jornada de trabajo.

¿Qué colectivos tienen mayores dificultades para lograr la desconexión digital a la que tenemos derecho según la Ley 10/2021 de trabajo a distancia?

Los colectivos que dependen de las necesidades de su clientela son los que tienen una mayor dificultad para lograr la desconexión digital. Si tú puedes adecuar tu trabajo y planificarlo, es más sencillo adaptar tu horario y tu carga de trabajo. Sin embargo, cuando tu trabajo depende de terceros, no siempre es fácil poder dar cumplimiento a las políticas de desconexión. Así mismo, aquellas personas que están en los puestos críticos de la organización o cuyas funciones dependen de un desarrollo previo por otros compañeros y compañeras, tienen habitualmente más dificultades de desconexión.

La mejor herramienta para poder regular esta situación es tener en la empresa un protocolo de desconexión digital que defina el marco legal en el que se va a desarrollar el teletrabajo. Estos protocolos tienen que ser flexibles y poder adaptarse tanto a las situaciones personales como a los diferentes puestos en la

empresa, ya que las circunstancias pueden cambiar. Aunque no tienen unos contenidos mínimos, deberían incluir las franjas horarias de trabajo, las medidas que debe adoptar la empresa para respetar el tiempo de no trabajo, el detalle de los descansos, permisos y vacaciones, los límites de uso de los dispositivos digitales, etc. Así mismo, se deben regular las excepciones al protocolo (una emergencia, un proyecto crítico que requiera flexibilidad, etc.) y contar con la participación activa de la representación de las personas trabajadoras. Y, por supuesto, dejar claro que la empresa en ningún caso puede penalizar a los trabajadores y las trabajadoras que den cumplimiento a la desconexión digital.

“La norma que regula el teletrabajo es muy clara. Cuando se acuerda esta modalidad, se deben establecer la política de desconexión y los tiempos de trabajo”

¿Qué presencia debe tener la perspectiva de género en estas políticas de desconexión?

Actualmente, las mujeres tienen, en términos generales, una mayor carga de responsabilidad fuera del ámbito laboral vinculada al cuidado familiar. En consecuencia, la política de desconexión digital debería ser especialmente cuidadosa e incorporar esta perspectiva de género con el objetivo de proteger con más eficacia a un colectivo, en principio, más vulnerable. Un punto relevante entiendo que debe ser proteger específicamente a aquellas personas acogidas a medidas de conciliación, de manera que estas puedan ser realmente ejercidas. Desde mi punto de vista, insisto en que la clave está en la comunicación clara y protegida entre la empresa y la persona que está en estas situaciones, de forma que se trasladen sus circunstancias para que sus responsables puedan minimizar los impactos fuera de su jornada y, de esta manera, permitirle la desconexión necesaria.

Hay empresas que tienen muy avanzado este tema y cuentan con protocolos muy detallados. Por ejemplo, el sistema no permite enviar correos o hacer una determinada acción fuera de la oficina.

¿Es posible garantizar los derechos de desconexión digital, de conciliación, etc., en sectores de actividad en los que la disponibilidad exigida es necesariamente elevada?

En muchas ocasiones depende de la clientela de la empresa y de si el trabajo es susceptible de planificarse. En este último caso,

cuando puede planificarse, es más fácil de distribuir entre la plantilla. Si depende de terceros que, a su vez, pueden ser imprevisibles, resulta más complicado poder aplicar este tipo de medidas. Hay empresas que pueden permitirse que una persona trabajadora no acceda al correo electrónico durante 12 o más horas y, en cambio, otras exigen una determinada disponibilidad en caso de emergencia. En cualquier caso, la protección de trabajadores y trabajadoras en los juzgados como consecuencia de la ausencia de medidas que aseguren la desconexión digital es muy alta. En definitiva, estos avances van paralelos al avance de la sociedad. Este tipo de políticas cada día se integra más en la cadena de valor.

¿Por dónde pueden empezar aquellas empresas que quieran garantizar el derecho a la desconexión y a la conciliación de trabajadores y trabajadoras?

Pueden empezar por un protocolo que sea flexible y adaptable y que tenga en cuenta los cambios que se pueden dar en la plantilla, porque seguramente la realidad de hoy no tendrá nada que ver con la de dentro de varios años. Los agentes sociales tenemos que ser capaces de asumir esas revisiones. A veces, cuesta darles una vuelta a los derechos adquiridos. Tenemos que ser conscientes de que estamos en continua evolución. Lo que hoy consideramos imprescindible, puede que en tres años no lo sea. Los Planes de Igualdad, los protocolos de desconexión, la gestión de las tecnologías, etc., todo cambia y hay que estar abierto a los cambios.

Para terminar: en el contexto actual de digitalización en el ámbito laboral, algo que nos inquieta desde la seguridad y la salud en el trabajo es el incremento de la exposición a situaciones de ciberacoso en cualquiera de sus

manifestaciones (acoso psicológico, sexual y discriminatorio por cualquier razón a través de medios digitales o tecnológicos). Desde tu experiencia, ¿hay razones para preocuparse?

La tecnología se puede usar bien o mal. En el trabajo, la desconexión digital bien gestionada es una herramienta de prevención del ciberacoso porque permite poner límites. Si la empresa no tiene bien definidas las fronteras de la esfera de la intimidad y la vida personal, hay más posibilidades de que se den situaciones de ciberacoso. Afortunadamente, el ciberacoso en el trabajo no es el más habitual. Al menos, no es tan frecuente como el, denominémoslo, acoso tradicional, porque deja más huellas. Otra cosa es que se puedan utilizar redes sociales para llevar a cabo este acoso, pero en este caso ya no hablaríamos de herramientas de trabajo. El acoso laboral suele realizarse de manera sutil, por ejemplo, dando más carga de trabajo a la persona con unos tiempos más exigentes.

“La desconexión digital bien gestionada es una herramienta de prevención del ciberacoso porque permite poner límites”

En general, en esta materia el problema está más relacionado con la carga de trabajo y la salud psicosocial, que tiene como detonante negativo la no desconexión. Los medios tecnológicos para conseguir determinados objetivos, si no se usan correctamente, puede generar situaciones de estrés en determinadas personas, hasta el punto de afectar a su salud. ●

Buenas prácticas para la introducción de la perspectiva de género en la evaluación de riesgos laborales: el caso de SASOI Bienestar Laboral en Salto Systems

María Urquijo Rodríguez y Diana Torremocha García

Centro Nacional de Verificación de Maquinaria. INSST

Mari Carmen Romero Carrión

Departamento de Comunicación. INSST

Izaskun Manjón Álvarez

SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea

Hace menos de un año, SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea, consultora orientada al bienestar y cuidado de la salud en los entornos de trabajo, dio un paso al frente en su compromiso con la inclusión de la perspectiva de género en el mundo de la prevención. Sin metodologías específicas que la ayudaran en su propósito, pero consciente de estar abriendo camino en un ámbito emergente y todavía poco transitado, la firma se alió con Salto Systems, compañía especializada en soluciones de control de accesos, donde introdujo el enfoque de género en la evaluación de riesgos laborales de dos puestos de trabajo clave de su proceso productivo. De la mano de SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea y con el respaldo del servicio de prevención ajeno Previtek, la empresa ha conseguido mejorar la seguridad y salud de la plantilla de su planta de Gipuzkoa.

INTRODUCCIÓN

Incorporar la perspectiva de género en la prevención no es una opción, sino una obligación que se desprende de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y que la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) incluye entre sus prioridades. Sin embargo, en la

carrera de fondo que ha corrido la prevención en nuestro país, las diferencias entre mujeres y hombres han sido siempre las grandes olvidadas.

SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea (en adelante, SASOI) ha acortado recientemente la distancia entre la teoría y la práctica con una iniciativa puesta

en marcha en la empresa Salto Systems con la colaboración del servicio de prevención ajeno Previtek. Salto Systems es una empresa afincada en Oiartzun (Gipuzkoa) con cerca de 25 años de trayectoria en el sector del metal y las nuevas tecnologías. Está presente en 40 países y es considerada el segundo fabricante mundial de cerraduras

Imagen 1. Sistema de control de acceso y cerradura inteligente desarrollado por Salto Systems



electrónicas, siendo pionera en tecnologías como el reconocimiento facial y la biometría. Sus operaciones están centralizadas en su fábrica de Oiartzun, donde trabajan más de 400 personas.

Izaskun Manjón Álvarez de SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea planteó a la empresa Salto Systems un proyecto para integrar la perspectiva de género en la gestión preventiva, dado que conocía en profundidad a la firma vasca y su cultura empresarial y preventiva y sabía que el bienestar de su plantilla es una de sus prioridades. Salto Systems conocía a SASOI y su compromiso y experiencia en el ámbito de la salud de las personas trabajadoras y el bienestar laboral. De ahí que, en poco tiempo, la alianza entre una y otra comenzara a tomar forma. Una vez valoradas todas las opciones junto con las personas responsables de Salto Systems, y tras la realización de un diagnóstico inicial, se acordó comenzar la integración de la perspectiva de género en la gestión preventiva realizando dos evaluaciones: una centrada en los riesgos de seguridad del puesto de ingeniería del Departamento de I+D, que estaba pendiente de actualización y donde la mayoría son hombres; y otra relativa al riesgo ergonómico de carga mental del personal técnico del Departamento de Producción, puesto ocupado mayoritariamente por mujeres. En las dos evaluaciones, que se desarrollaron de forma paralela, el objetivo fue el mismo: analizar las diferentes características biológicas de ambos sexos y detectar las posibles desigualdades vinculadas al género que pudieran influir en los niveles de riesgo, con el objetivo de establecer medidas preventivas que garantizaran el mismo nivel de protección tanto para las mujeres como para los hombres.

La cultura preventiva de la empresa y la disposición favorable de la Dirección fueron fundamentales a lo largo

de todo el proceso para asegurar que la comunicación y la coordinación entre la organización (Salto Systems), el servicio de prevención ajeno (Previtek) y la empresa encargada de la intervención (SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea) fuesen realmente eficaces. Además, el Comité de Seguridad y Salud de la empresa se implicó de forma directa, realizando una llamada a la participación del personal incluido en el estudio, lo que resultó decisivo para aumentar su colaboración y asegurar el éxito del proyecto.

En el caso de la evaluación del puesto de ingeniería de I+D, una de las primeras cuestiones se centró en determinar si hombres y mujeres realizaban las mismas tareas o existía una segregación en función del género. Este análisis, que a menudo se pasa por alto, permite conocer si en un mismo puesto de trabajo, que puede ser ocupado por mujeres y hombres indistintamente, ellas ciñen su actividad a unas tareas específicas y ellos a otras. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso del puesto de limpieza, en el que, generalmente, las mujeres emplean productos químicos, mientras que los hombres suelen utilizar equipos de trabajo,

como máquinas barredoras, fregadoras, abrillantadoras, etc., siendo, por tanto, muy diferente la exposición a los riesgos. Para asegurar una correcta evaluación con perspectiva de género, y teniendo en cuenta lo anterior, esta se centró en las tareas en lugar de en los puestos, tal y como recomienda el documento Pautas para la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales [1]. La metodología seleccionada fue el sistema simplificado de evaluación de riesgos de accidente recogido en la Nota Técnica de Prevención (NTP) 330 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) [2].

En cuanto a la evaluación de riesgos del personal de montaje, se utilizó el método NASA-TLX de estimación de la carga mental de trabajo percibida, contemplado en la NTP 544 del INSST [3] y, además de aspectos como el género, la edad, la jornada o la antigüedad, se tuvo en cuenta como novedad la variable de carga mental invisible, asociada a las obligaciones domésticas, familiares y de cuidados (trabajo no remunerado y realizado principalmente por mujeres), para obtener información acerca de su impacto en la salud del personal y conocer si este factor interactúa

con la percepción de la carga mental laboral y de qué manera.

El primer paso para abordar la evaluación de riesgos fue la recogida de información y la descripción de las condiciones de trabajo, a fin de determinar los peligros asociados a estas. Para ello, se estudiaron la situación de la empresa en materia de salud laboral y prevención de riesgos laborales y la integración de la perspectiva de género en la gestión preventiva. Asimismo, se tuvo en cuenta la realidad de Salto Systems en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, para lo que se valoró la documentación relativa a la gestión de la prevención y la trayectoria en el ámbito de la igualdad (Plan de Igualdad en vigor y anteriores). A tal efecto, se contó con el soporte de las áreas de Igualdad y de Personas. Tras el análisis, se describió el punto de partida y el grado de integración de la perspectiva de género en la gestión preventiva, tomándose como base para definir la manera de incorporar el enfoque de género en las evaluaciones de riesgos.

En las dos evaluaciones de riesgos se optó por recoger los datos de forma separada teniendo en cuenta la variable sexo. Así, tanto en la aplicación de los métodos de evaluación de riesgos, como en la elaboración de cuestionarios complementarios y listas de chequeo diseñados para incorporar la perspectiva de género, se establecieron los siguientes criterios:

- Incluir sistemáticamente la variable sexo en las estadísticas, cuestionarios, entrevistas, *focus groups* y recogidas de datos.
- Establecer e incluir indicadores que posibilitasen un mejor conocimiento de las diferencias en prevención de riesgos laborales (exposición a riesgos, daños, condiciones de trabajo, formación,

medidas de protección) y entre las necesidades de mujeres y hombres.

- Diseñar e introducir los indicadores que permitieran el conocimiento de la incidencia de otras variables cuya concurrencia pudiera resultar generadora de situaciones de riesgo o incrementar las existentes en los diferentes ámbitos de intervención.
- Seleccionar muestras para el análisis lo suficientemente amplias, de manera que las diversas variables fuesen susceptibles de ser explotadas y analizadas en función de la variable sexo.
- Revisar los instrumentos y métodos seleccionados (sistema simplificado del INSST y NASA-TLX) y adecuarlos, en la medida de lo posible, para incorporar la variable sexo/género y tratar de evitar estereotipos y sesgos de género. En este sentido, se realizó una reflexión sobre cómo se transmiten las instrucciones para cumplimentar los formularios, cómo están expresados los ítems, si la pregunta va dirigida a hombres, a mujeres o a ambos sexos y si, por tanto, cabe formularse de otra forma o añadir cuestiones que la completen.

APLICACIÓN DEL SISTEMA SIMPLIFICADO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS DE ACCIDENTE

En primer lugar, se comenzó por seleccionar el puesto de trabajo que se iba a evaluar. Se optó por uno de los puestos de ingeniería de I+D ya que, por un lado, su evaluación de riesgos estaba pendiente de actualización y, por otro lado, el plan de igualdad de la empresa indicaba que era un puesto de trabajo masculinizado. En el momento de realizar la evaluación, el porcentaje de mujeres en el puesto era el 23 %.

A continuación, se valoraron distintas metodologías y se establecieron criterios para su selección. Como primer requisito, debía ser un método validado. Por ello, y teniendo en cuenta que se trataba de una actualización de una evaluación de riesgos existente, las distintas metodologías que se consideraron fueron:

- El método de evaluación de riesgos del INSST [4], también llamado método binario, por el que se obtiene una valoración del riesgo desde trivial a intolerable cruzando dos parámetros: la probabilidad de que un riesgo se produzca y las consecuencias derivadas de su materialización. En función de la valoración del riesgo obtenida, el método establece las acciones requeridas y su priorización.
 - El método William T. Fine [4], donde se obtiene un grado de peligrosidad multiplicando los valores obtenidos de los parámetros consecuencia (como los daños producidos por el riesgo a evaluar), exposición (como frecuencia con la que se puede presentar ese riesgo) y probabilidad (de que ocurra esa situación de riesgo). Tras aplicar dos factores de corrección al grado de peligrosidad, se obtienen orientaciones para establecer las prioridades de las acciones preventivas que se planifiquen.
 - Sistema simplificado de evaluación de riesgos de accidente [2] en el que, a través de listas de chequeo, se detectan las deficiencias existentes en los lugares de trabajo. Se estima, así mismo, la probabilidad de materialización de un accidente y la magnitud que se espera de las consecuencias que se produzcan.
- Otros requisitos que se tuvieron en cuenta fueron si el método incorporaba o no la perspectiva de género *per se*, si contemplaba variables sensibles enfocadas a

detectar información útil para ese fin y hasta qué punto era posible adaptarlo para incluir el enfoque de género sin que su validez y fiabilidad se vieran comprometidas. Hay que destacar que ninguno de los tres métodos cumplía *a priori* estos requisitos. Ante este escenario, finalmente se seleccionó el último método, descrito en la NTP 330, ya que los dos primeros resultaban insuficientes para el objetivo buscado.

El procedimiento de actuación general que se debe seguir al utilizar esta metodología es el recogido en el Cuadro 1.

Sin embargo, el sistema simplificado no permitía valorar posibles diferencias vinculadas al sexo/género, por lo que se complementó incluyendo la variable sexo/género y teniendo en cuenta otras variables que permitieran obtener información adicional. Se decidió integrar en las listas de chequeo cuestiones que ayudaran a detectar si las condiciones en las que se desarrollaban las tareas eran las mismas para las mujeres y para los hombres, si las deficiencias existentes en el lugar de trabajo podían afectar de manera distinta a unas u otros, etc. Además, se hizo hincapié en la importancia de observar si las medidas de protección

colectivas y los equipos de protección individual protegían de igual manera a todas las personas. Por lo tanto, desde el primer momento se tuvo en cuenta la influencia que podía tener la variable sexo.

Entre otros aspectos, se quería analizar el orden, la limpieza y la ubicación de materiales y máquinas en las diferentes zonas de trabajo. En el Departamento de I+D existen tres áreas diferenciadas: una con pantallas de visualización, un espacio de taller y otro de laboratorio. Aunque tanto los hombres como las mujeres utilizaban por igual todas las zonas, se pretendía comprobar si en función del sexo/género los resultados obtenidos de las variables de evaluación (consecuencias, probabilidad...) eran diferentes.

Para este primer paso, se realizaron inicialmente entrevistas a las personas responsables del departamento (que eran todas hombres), en las que se recogió información general sobre el funcionamiento diario, las tareas del personal, etc. A continuación, se hizo una observación exhaustiva de los lugares de trabajo en un horario en el que todas las personas trabajadoras estaban representadas, tanto las mujeres como los hombres,

teniendo en consideración que pudiera haber un porcentaje de la plantilla que, por cuestiones relacionadas con la conciliación, pudiera tener distintas horas de entrada y salida.

Otro aspecto que también se quería verificar era si todas las tareas las realizaba todo el personal o si había algunas que eran llevadas a cabo exclusivamente por uno u otro sexo. El resultado en este punto fue que todas eran ejecutadas por la totalidad de la plantilla del departamento. Por ejemplo, en el cuadrante de limpieza del taller se observó que figuraban todas las personas que lo integraban.

Teniendo en cuenta todo esto, se elaboró una lista de chequeo en la que se incluyeron cuestiones que permitían comprobar, entre otros aspectos, si el estado de las herramientas y el uso que se les daba o la forma en la que se empleaban, así como las máquinas o las sustancias químicas utilizadas y presentes en el lugar de trabajo, podían tener distinto impacto en los niveles de riesgo para las mujeres y para los hombres. Tras determinar los factores de riesgo se asignó el nivel de deficiencia, indicando la magnitud de la vinculación esperable entre el conjunto de factores de riesgo considerados y su relación causal directa con el posible accidente.

Al estimar los niveles de deficiencia y probabilidad y analizar los resultados obtenidos se tuvo en cuenta la variable sexo, lo que dio lugar a que hubiera resultados de la evaluación diferentes para el caso de los hombres y para el de las mujeres.

Las listas de chequeo específicas se elaboraron siguiendo los criterios mencionados anteriormente. En el momento de realizar la observación y recogida de información, estas se aplicaron con la colaboración de la persona responsable del

Cuadro 1. Procedimiento de actuación. NTP 330 [2]

1. Consideración del riesgo a analizar.
2. Elaboración del cuestionario de chequeo sobre los factores de riesgo que posibiliten su materialización.
3. Asignación del nivel de importancia a cada uno de los factores de riesgo.
4. Cumplimentación del cuestionario de chequeo en el lugar de trabajo y estimación de la exposición y consecuencias normalmente esperables.
5. Estimación del nivel de deficiencia del cuestionario aplicado.
6. Estimación del nivel de probabilidad a partir del nivel de deficiencia y del nivel de exposición.
7. Contraste del nivel de probabilidad a partir de datos históricos disponibles.
8. Estimación del nivel de riesgo a partir del nivel de probabilidad y del nivel de consecuencias.
9. Establecimiento de los niveles de intervención considerando los resultados obtenidos y su justificación socioeconómica.
10. Contraste de los resultados obtenidos con los estimados a partir de fuentes de información precisas y de la experiencia.

Departamento de I+D y otras que forman parte del equipo, la persona responsable de Prevención de Riesgos Laborales y personal técnico del área de Personas de la empresa. Se revisaron cuestiones generales relacionadas con el porcentaje de participación de las mujeres y de los hombres en las fases de análisis, identificación y valoración de los riesgos y se tuvo en cuenta la existencia de prioridades en la elección e implementación de las soluciones preventivas y si se preveían medios, tiempo y espacio para que también las mujeres participaran en la evaluación de riesgos.

Se recogió información relativa a cómo intervienen las personas en la identificación de los peligros y se indagó acerca de si se había consultado tanto a mujeres como a hombres sobre aspectos relacionados con las dificultades y riesgos que perciben en su desempeño y sobre posibles medidas para eliminarlos o reducirlos.

En la identificación de peligros se tuvieron en cuenta cuestiones tales como si existía una fuente de daño, quién podía sufrir daño y cómo podía producirse ese daño. Se analizó la actividad real de trabajo y, a la hora de realizar la descripción de las condiciones de trabajo, se comprobó si hombres y mujeres que trabajaban en un mismo puesto desarrollaban las mismas tareas y de la misma manera, considerando la variable sexo/género para caracterizar una serie de aspectos en relación con cada una de las tareas/operaciones/procesos identificados, aplicando la lista de chequeo elaborada de forma específica.

La fase de evaluación de riesgos se realizó a nivel de tarea/operación (y no únicamente de puesto), contemplándose todas las tareas/operaciones propias de la actividad del puesto, incluidas las esporádicas y auxiliares. Además, se tuvieron en

cuenta las características de las personas que las ejecutan, quiénes realizan cada tipo de tarea u operación y si existe o no segregación de tareas en función del sexo/género, identificando qué personas realizan cada una de las tareas, de forma que se pudiera determinar la magnitud de la exposición (frecuencia e intensidad). Esta información es de vital importancia para la planificación de la actividad preventiva y el diseño de medidas, así como para realizar los ajustes necesarios.

Nivel de exposición

Se procedió a caracterizar la exposición en función de la variable sexo/género y la probabilidad de que ocurriera el daño, identificando qué personas realizan la tarea para determinar la magnitud de la exposición, observando quién lleva a cabo el trabajo, tanto permanentemente como de forma ocasional (mujeres/hombres), para establecer la frecuencia de la exposición al peligro (número y duración de exposiciones) y su intensidad. Se tuvieron en cuenta la protección suministrada por las medidas de control ya implantadas y la formación que habían recibido los trabajadores y las trabajadoras sobre la ejecución de la tarea (mujeres/hombres). Para obtener toda la información, se aplicó la lista de chequeo diseñada específicamente.

Nivel de consecuencias

Se partió de la premisa de que un mismo riesgo puede acarrear diferentes consecuencias para distintas personas en función de sus características personales y situación biológica y que el nivel de consecuencia puede ser distinto para los hombres y para las mujeres (e incluso para grupos concretos de hombres y mujeres según la edad, patologías previas, tratamientos médicos, etc.). Para ello, es

necesario identificar a las personas que ejecutan las tareas y su sexo/género, sus características personales, su situación biológica, observando si el puesto es ocupado por personas consideradas especialmente sensibles y/o menores de edad. Para obtener la información, se aplicó la lista de chequeo diseñada específicamente.

Valoración del nivel de riesgo

En esta fase se valoró si los riesgos estimados se consideraban tolerables y si se requería mejorar los controles y las medidas existentes o implantar unos nuevos, así como la calendarización de las acciones.

El primer resultado fruto de la aplicación de la perspectiva de género a la evaluación preventiva fue el hecho de que apareciera un riesgo que, *a priori*, podía haber pasado desapercibido. Uno de los materiales de uso frecuente estaba situado a una altura intermedia. Una parte del personal no necesitaba escaleras de mano para acceder a dicho producto, pero otra parte, mujeres en su totalidad, sí la necesitaban, lo que generaba un riesgo de caída a distinto nivel. Si en el análisis de la tarea para considerar los riesgos o en la realización del cuestionario, por los motivos que fuera, sólo hubieran participado hombres, este riesgo no se habría detectado ni evaluado.

El segundo resultado muestra otra realidad habitual: el hecho de que en ocasiones no existen equipos de protección individual diseñados teniendo en cuenta los parámetros individuales de la persona usuaria, que en esta ocasión eran tanto hombres como mujeres con distintas medidas antropométricas [5]. En este caso concreto, la deficiencia se manifestó en una tarea que se realizaba para probar unos dispositivos. Esta se llevaba a cabo sobre una alfombrilla

Imágenes 2 y 3. Diferentes necesidades de uso de equipos en función del sexo



electrostáticamente disipativa y con unos guantes antiestáticos de los que no había varios tallajes. Al tener disponible únicamente una talla grande, las mujeres, que mayoritariamente tienen las manos más pequeñas que los hombres, no quedaban protegidas adecuadamente, por lo que el riesgo de contacto eléctrico era muy superior al de los hombres.

ESTUDIO DE LA CARGA MENTAL

El estudio de la carga mental se llevó a cabo en el Departamento de Producción de la empresa, concretamente en el puesto de técnico/a de montaje, ocupado por un total de 100 personas, de las cuales 24 eran hombres y 76 mujeres.

Hay que destacar que, a partir del año 2019, se había comenzado a implementar progresivamente una nueva metodología de trabajo y una reorganización de los espacios en los que se llevaba a cabo el trabajo en este departamento.

En cuanto a la metodología, se trató de buscar una herramienta que permitiese analizar los posibles riesgos asociados a la carga mental con perspectiva de género. Tras investigar diferentes alternativas y analizar las características de

cada una de ellas, se decidió utilizar el método NASA-TLX al que hace referencia la NTP 544 del INSST [3]. Para su elección, se tuvo en cuenta la realidad organizativa de la empresa y la problemática existente por el malestar generado tras el cambio de metodología de trabajo, ya que las variables y dimensiones contempladas por NASA-TLX permitían estudiar las causas y el posible origen de las dificultades de adaptación expresadas por la plantilla de montaje. Otro motivo fue la necesidad de emplear un método validado que ofreciese confianza en los resultados, aunque fue necesario adaptarlo para tener en cuenta la perspectiva de género, incluyendo en los cuestionarios las variables género, edad, antigüedad y tipo de jornada y diseñando un tercer cuestionario para estudiar la carga mental invisible.

La perspectiva de género en el proceso de evaluación se integró a través de un cuestionario de 14 ítems elaborado específicamente. Bajo la premisa de “Estar a cargo también es carga”, en los formularios se abordaron cuestiones relacionadas con “la carga mental invisible” que supone hacerse cargo de las obligaciones domésticas y familiares, así como la influencia de los factores de género y los roles de género. Mediante esta batería de preguntas, se pretendía indagar y recoger

información acerca de las interacciones positivas y negativas existentes entre las obligaciones domésticas y familiares y la actividad laboral en relación con la carga mental.

El proceso de evaluación del riesgo se dividió en tres etapas: acciones previas, recogida de datos cuantitativos (cuestionarios) y análisis e interpretación de la información. A continuación, se describen las tres etapas y las fases que conllevaron cada una de ellas.

Etapa 1: acciones previas

En esta fase se recopiló información clave en el proceso de evaluación. Se consideraron las variables sexo/género, edad y antigüedad en el puesto de las personas participantes. La variable sexo/género se tuvo en cuenta para indagar acerca de hasta qué punto puede influir en el nivel riesgo de carga mental, considerándose contenido útil para elaborar la propuesta de medidas preventivas y correctivas.

De forma paralela, se comunicó la iniciativa al Comité de Seguridad y Salud de la empresa, que manifestó su apoyo y colaboración a la hora de impulsar la participación de la plantilla en el proceso de evaluación.

Imagen 4. Departamento de Producción



Se llevaron a cabo varias entrevistas con personal de dirección del área de Personas, de Procesos y Producción y Operaciones para recoger información acerca de la metodología de trabajo, del funcionamiento de esta área y en concreto del puesto de montaje. Posteriormente, se definieron aspectos relevantes del proceso de evaluación: establecimiento del alcance, definición de la muestra, organización del proceso (ajuste de capacidades de la producción en función del tiempo que se iba a emplear para el estudio, información y comunicación de la iniciativa a la plantilla, solicitud de participación, fijación de fechas, horarios y espacio físico y determinación de recursos necesarios para llevar a cabo el proceso).

Hecho esto, las personas responsables del área de Producción comunicaron la iniciativa a la plantilla y se pidió su colaboración. Se informó a la plantilla de que la evaluación se llevaría a cabo en horario

laboral y de todas las cuestiones relacionadas con la confidencialidad. Este esfuerzo de coordinación se consideró fundamental ya que, para llevar a cabo la evaluación, era necesario que las personas involucradas pudiesen ausentarse de sus tareas durante dos horas, una para la cumplimentación de cada cuestionario y otra dedicada a los *focus groups*, sin que el desarrollo del trabajo se viese alterado y sin afectar a la carga de trabajo del resto de personas trabajadoras. En cuanto a la muestra, se optó por que fuera lo más heterogénea posible, abarcando todas las secciones del departamento. Se consiguió la participación de 67 personas. Siendo el total de la plantilla del puesto de montaje de 100 personas, se consideró que el 67 % constituía una muestra suficientemente representativa del puesto objeto de evaluación. Una vez conocido su tamaño y características, se volvió a valorar si la incorporación de las variables sexo/género, edad y antigüedad implicaban

riesgo de vulneración de la confidencialidad de las personas participantes. Finalmente, se decidió que la muestra era suficientemente amplia y heterogénea para garantizar la confidencialidad. Tanto para llevar a cabo la parte cuantitativa como para la última fase de evaluación cualitativa (tras la aplicación de los dos cuestionarios) y para el análisis de los resultados de ambas, se organizaron dos grupos de trabajo con las personas participantes.

Se realizó una adaptación del formato de los cuestionarios NASA-TLX, tanto el de ponderación como el de puntuación, en el que se incluyeron, con la finalidad de facilitar su comprensión y cumplimentación, las definiciones de cada una de las dimensiones. En esta etapa también se diseñó el cuestionario específico para recoger información sobre la carga mental invisible.

Etapa 2: cuestionarios

La primera parte (fase pretarea/ponderación) se llevó a cabo antes de entrar al puesto y la segunda (fase de evaluación/puntuación) tras haber realizado la tarea. Con el apoyo de una presentación, se explicó a las personas participantes en qué consistía la evaluación de la carga mental, así como los conceptos de carga mental laboral y carga mental invisible. Además, se detalló cómo se iba a integrar la perspectiva de género en el estudio y la metodología a utilizar. Por otro lado, se precisó a qué se refieren las dimensiones que analiza el cuestionario NASA-TLX y los ítems del cuestionario específico sobre la carga mental invisible y se dieron las instrucciones para cumplimentarlos. Se hizo hincapié en la cuestión de la confidencialidad y se describió cómo iba a garantizarse.

El cuestionario de ponderación se aplicó antes de que las personas comenzaran a realizar las tareas del puesto, ya que se

Imagen 5. Realización de los cuestionarios en el estudio de carga mental



basa en exposiciones binarias a partir de las cuales se solicita la ponderación de varias dimensiones a las que se está expuesto en el entorno laboral y, concretamente en este caso, en el puesto de montaje. Por ejemplo, se les preguntó si atribuyen más peso como posible origen de la carga mental a las exigencias físicas de la tarea o a las exigencias mentales; a las exigencias temporales o al esfuerzo, etc.

El cuestionario de puntuación se realizó cuando las personas llevaban unas horas desempeñando sus tareas habituales en el puesto de trabajo. Por ejemplo, en la dimensión exigencia mental se puntuó la cantidad de actividad mental que requiere la tarea (pensar, buscar, decidir o calcular), indicando una puntuación que expresara su nivel de demanda del 1 al 20 (siendo la más baja el 1 y la más alta el 20).

Tras cumplimentarse el primer cuestionario, se hizo entrega a las personas participantes de unos sobres con solapa donde cada una de ellas introdujo el suyo de manera anónima y unas etiquetas para firmar y sellar el sobre. Hasta la cumplimentación del segundo cuestionario los

sobres quedaron custodiados por parte de la persona encargada del estudio (SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea). Llegado el momento de cumplimentar los cuestionarios de puntuación y de carga mental invisible, se les entregó de nuevo el sobre para poder recopilar los tres documentos de manera conjunta. Cada sobre se numeró y se custodió de forma anónima para su posterior análisis.

Todo el proceso transcurrió dentro del horario laboral. Se tuvieron en cuenta las necesidades de conciliación y se ofrecieron dos horarios para las diferentes fases.

Etapas 3: resultados y evaluación del nivel de riesgo de carga mental

Las respuestas obtenidas se mecanizaron en los cuestionarios de la aplicación para móvil que la NASA ha desarrollado ya que, actualmente, no existe un *software* específico. A pesar de que se pueden hacer los cálculos manualmente y aplicar fórmulas para obtener los resultados y el nivel de riesgo (y que así se hizo), se consideró que, de esta forma,

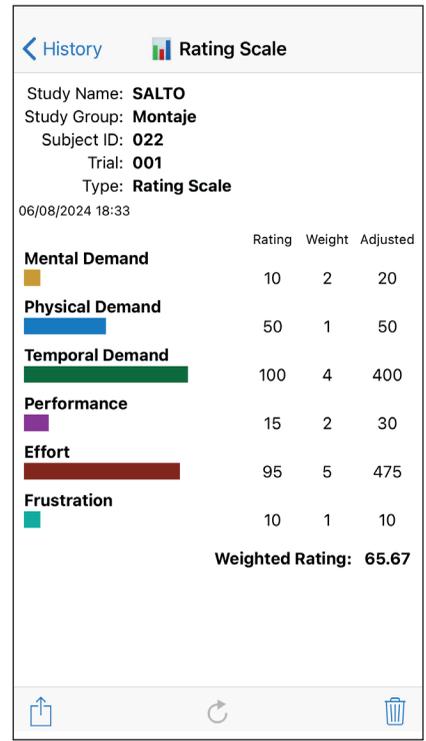
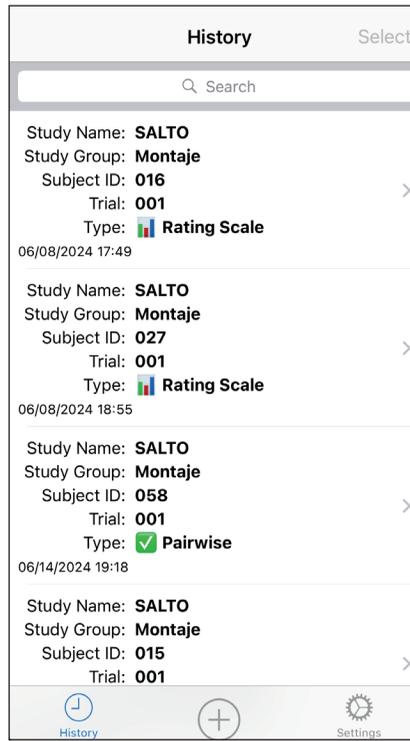
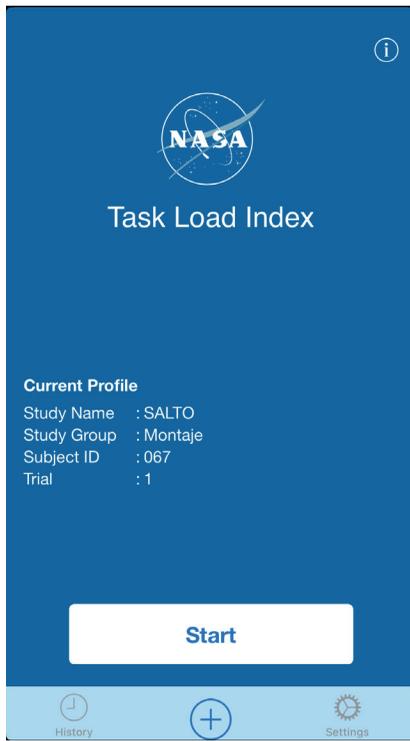
se reducía el margen para cometer errores. En las imágenes 6, 7 y 8 se muestra la manera en la que se visualizan los resultados en la aplicación.

Para evaluar el nivel de riesgo, se tuvo en cuenta la puntuación que ofrece el método NASA-TLX.

Junto con el formulario de puntuación, se facilitó a las personas trabajadoras el cuestionario complementario de 14 ítems para poder recoger información acerca de la carga mental invisible. Además de añadirse en esta parte las cuatro variables a partir de las cuales se incorporó el enfoque de género (edad, género, antigüedad y tipo de jornada), se planteó a las y los participantes una serie de cuestiones y se les preguntó con cuáles se identificaban (entre otras, tengo hijos/as a mi cargo y el número de hijos/as; me hago cargo de familiares con los que convivo; me hago cargo de familiares con los que no convivo; soy familia monoparental o ninguna de las opciones).

Los resultados obtenidos en la parte cuantitativa con el método NASA-TLX, más

Imágenes 6, 7 y 8. Resultados obtenidos en la aplicación del método NASA-TLX



los relativos al cuestionario diseñado para evaluar la carga mental invisible, se analizaron en una segunda fase cualitativa en la que las personas trabajadoras participaron en dos sesiones grupales en las que se pudo recoger información complementaria, además de profundizar en los puntos clave o resultados más llamativos.

Con el objetivo de integrar el enfoque de género y aprovechar al máximo los resultados obtenidos, actualmente se está trabajando en el cruce de datos y la triangulación de las variables incorporadas a los dos primeros cuestionarios junto con los resultados arrojados por el cuestionario complementario de carga mental invisible. Cuando finalice esta fase y se obtengan los resultados definitivos, está previsto volver a organizar *focus groups* para completar el proceso de evaluación.

REFLEXIONES FINALES

Finalizadas las dos evaluaciones, la consultora deberá llevar a cabo el análisis e interpretación de los datos recabados. Una

vez realizado este último paso, pondrá la información a disposición de la empresa y de su servicio de prevención ajeno para articular las correspondientes medidas preventivas.

Aunque el trabajo de interpretación se encuentra en un estadio incipiente, algunos resultados ya se han hecho visibles, tal y como se ha recogido en los apartados previos. En la evaluación de los riesgos relativos a la seguridad en el trabajo del puesto de ingeniería del Departamento de I+D, por ejemplo, no se detectaron discrepancias significativas en la realización de las labores concretas, que son llevadas a cabo por igual por hombres y mujeres, por lo que se ha descartado la existencia de una segregación de tareas vinculadas al sexo biológico y a los roles de género. Sí quedó patente, sin embargo, la presencia de riesgos relacionados con diferencias antropométricas a los que están expuestas las mujeres y que no afectan a la mayor parte de los hombres. Este sería el caso de los riesgos de caída a distinto nivel derivados del uso de escaleras

de mano. También es destacable el mayor riesgo asociado a las mujeres que tiene que ver con el empleo de guantes anties-táticos de los que solo hay disponible una talla grande. Por lo tanto, podemos concluir que las tareas del puesto de trabajo se reparten por igual, pero dentro de estas hay distinto nivel de exposición al riesgo.

En cuanto a la evaluación de la carga mental los datos preliminares han puesto de manifiesto que las personas que ocupan el puesto de técnico/a de montaje y, además, tienen personas a cargo en el ámbito extralaboral y/o realizan trabajo de cuidados, perciben una carga mental general más alta y manifiestan mayores niveles de fatiga. Uno de los retos es analizar cómo esa carga mental general se relaciona con la carga mental laboral y si pudiera haber algún tipo de vinculación con el conflicto trabajo-familia, asociado este último a los riesgos de origen psicosocial.

Junto con los resultados concretos, la experiencia conjunta de SASOI Bienestar Laboral/Lan Ongizatea, Salto Systems y

Cuadro 2. Factores a tener en cuenta para integrar la perspectiva de género en la PRL

- Asegurarse de que la empresa posee una cultura preventiva firmemente arraigada y que la iniciativa cuenta con el respaldo de la Dirección y de los mandos intermedios.
- Impulsar la formación en prevención con enfoque de género en toda la organización.
- Realizar un diagnóstico inicial del nivel de integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales de la empresa.
- Adaptar las metodologías existentes a las características de la empresa e introducir variables de género específicas en el caso de que las herramientas seleccionadas no las integren *per se*.
- Explicar al personal qué es la perspectiva de género y para qué sirve, así como en qué va a consistir la evaluación de riesgos y qué resultados se esperan conseguir.
- Garantizar la participación en todo el proceso dentro del horario laboral y teniendo en cuenta posibles ausencias por distintas causas, de forma que se involucre a todo el personal y no quede fuera ninguna de las casuísticas que pueden dar lugar a un sesgo de género.

Previtek nos permite poner en valor una serie de factores fundamentales a la hora de integrar la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. Ante la escasez de directrices específicas y experiencias prácticas, la primera, y quizá más importante, tiene que ver con la necesidad de potenciar la formación de toda la organización en este ámbito y de adaptar las herramientas existentes, buscando el respaldo de los servicios de prevención. Igualmente, es esencial partir de un diagnóstico sobre el nivel de integración de la perspectiva de género en la prevención

de la empresa, para lo que se deben manejar documentos básicos como el Plan de Igualdad, en el que se recoge la distribución de mujeres y hombres en los diferentes puestos de trabajo y cuya elaboración es obligatoria en empresas de 50 o más trabajadores/as. Además, se debe garantizar una interlocución continua con la Dirección y con las personas con responsabilidad en las áreas de trabajo implicadas. Hecho esto, y consciente de su punto de partida, la empresa deberá adaptar la integración de la perspectiva de género a su realidad y características

específicas y los recursos de los que dispone, sin perder de vista que la viabilidad solo estará asegurada en aquellas organizaciones en las que la cultura preventiva esté firmemente arraigada. En cualquier caso, es esencial que el personal involucrado entienda qué es la perspectiva de género y para qué sirve, en qué va a consistir la evaluación de riesgos y qué resultados se esperan conseguir. Por ello, las personas trabajadoras deben estar en todo momento arropadas y acompañadas por la persona y/o el equipo que coordine y lidere el proceso, de forma que pueda dar respuesta a sus posibles dudas e incertidumbres. Así mismo, las acciones necesarias para llevar a cabo el proceso (reuniones, observaciones para la recogida de información previa a las evaluaciones, etc.) deben tener en cuenta los horarios de trabajadores y trabajadoras que tienen distintas circunstancias personales, así como las ausencias por causas diversas (periodos vacacionales, flexibilidad horaria, ajustes en la duración de la jornada, bajas laborales, etc.). ●

■ Referencias bibliográficas ■

1. Pautas para la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. Actualización con herramientas para su implantación. OSALAN, 2019.
Disponible en: https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/libro/seguridad_201905/es_def/adjuntos/pautas_herramienta_genero_prl_es.pdf
2. NTP 330. Sistema simplificado de evaluación de riesgos de accidente. Bestratén Belloví, M. y Pareja Malagón, F. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 1993.
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/9-serie-ntp-numeros-296-a-330-ano-1994/ntp-330-sistema-simplificado-de-evaluacion-de-riesgos-de-accidente-1993>
3. NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: el método NASA-TLX. Arquer I., Nogareda C. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2000.
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/16-serie-ntp-numeros-541-a-575-ano-2001/ntp-544-estimacion-de-la-carga-mental-de-trabajo-el-metodo-nasa-tlx-2000>
4. Directrices básicas para la evaluación de riesgos laborales. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021.
Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/directrices-basicas-para-evaluacion-de-riesgos-laborales-ano-2021>
5. Necesidad de equipos de protección individual con perspectiva de género. Domínguez Chamorro, J.L. *et al.* Revista Seguridad y Salud en el Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Número 119, páginas 16 a 25, 2024.
Disponible en: <https://www.insst.es/seguridad-y-salud-en-el-trabajo-listado-publicaciones>

Evento internacional sobre género y seguridad y salud en el trabajo organizado por el ETUI: *integrating gender into occupational health and safety*

Marina Ortiz López, Irene Otero Jiménez

Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. INSST

Jimena Cazzaniga Pesenti

Departamento de Investigación e Información. INSST

Pilar Frey Martínez

Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSST

Carina Liarte Zwaan

Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral. INSST

PRESENTACIÓN DEL EVENTO

El Instituto Sindical Europeo (ETUI, por sus siglas en inglés) es el centro independiente de investigación y formación de la Confederación Europea de Sindicatos (ETUC, por sus siglas en inglés), que afilia a los sindicatos europeos en una única organización coordinadora europea. Anualmente, ETUI organiza una conferencia temática que en el año 2024 versó sobre "La integración de la perspectiva de género en la seguridad y salud en el trabajo" y se celebró los días 11 y 12 de diciembre de 2024 en Bruselas (Bélgica). La conferencia contó con la participación, como ponente principal, de Karen Messing, investigadora pionera en la integración de la perspectiva de género en la salud laboral. Así mismo, se desarrollaron una serie de mesas sobre temas clave en las que participaron investigadores e investigadoras, representantes sindicales, profesionales

de la inspección de trabajo, representantes políticos/as, mujeres trabajadoras y activistas a nivel internacional. Los temas clave tratados fueron los siguientes:

- Derribando barreras: integrando el género en el proceso de seguridad y salud en el trabajo (SST).
- Condiciones de vida laboral para las personas LGBTQIA+.
- Reconocimiento del cáncer de mama como enfermedad profesional.
- Mejora de la SST en la industria del trabajo sexual.
- Apoyo a la salud de las mujeres en el lugar de trabajo: menopausia, menstruación y permiso por maternidad.
- Violencia de género y acoso en el trabajo.

Este evento internacional marca un hito en la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales, al consolidarse como una plataforma clave para el análisis y el debate sobre cómo el género influye en los riesgos laborales, sus efectos en la salud y la eficacia de las actuales medidas de SST. Su objetivo fue redefinir el futuro de la salud ocupacional, haciéndola más inclusiva y efectiva para toda la población trabajadora. Por esta razón, se ha considerado relevante su difusión en el monográfico de género de la Revista "Seguridad y Salud en el Trabajo" del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). En el presente texto se resumen tan solo los contenidos directamente relacionados con la seguridad y salud en el trabajo. Para ampliar la información de cada mesa y ponencias se recomienda consultar el material en: [Integrating gender into occupational health and safety | etui.](#)



ETUI OSH conference Integrating gender into occupational health and safety

11 - 12 December 2024

etui.

CONFERENCIA PRINCIPAL

El evento comenzó con una ponencia magistral a cargo de **Karen Messing**, destacada investigadora y docente del Departamento de Ciencias Biológicas de la Universidad de Quebec, en Montreal (Canadá). Reconocida como una figura referente en el ámbito de género y salud laboral, Messing ofreció un sólido marco teórico-conceptual para orientar el encuentro. La investigadora abrió su intervención con un mensaje optimista y fundamental: la igualdad de género y la seguridad y salud en el trabajo se pueden reconciliar. Su discurso subrayó la importancia de distinguir los conceptos de sexo y género como elementos clave para analizar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en el ámbito laboral.

Durante su exposición, Messing presentó datos de Quebec que, aunque locales, resultan aplicables a la población trabajadora global. Destacó las disparidades salariales significativas entre mujeres y hombres, derivadas de la segregación horizontal y vertical del mercado laboral. Por ejemplo, en 2021, en los trabajos de limpieza, los hombres percibían un promedio

de 32.000 dólares canadienses frente a los 21.620 de las mujeres. Messing enfatizó que esta segregación no solo se da en sectores de actividad y en puestos de trabajo, sino también en las tareas específicas que realizan mujeres y hombres.

La ponencia también abordó la relevancia de considerar la interrelación entre el trabajo y el ámbito familiar para analizar las desigualdades sociales derivadas del género. Messing clarificó que las diferencias biológicas van más allá de las cromosómicas, interactuando también cuestiones relacionadas con el género.

Un ejemplo ilustrativo que presentó Messing fue el del trabajo de camareros y camareras, en el que las mujeres daban 3,3 veces más pasos que los hombres durante la jornada laboral. Esto se debe tanto a diferencias biológicas (las zancadas de las mujeres son más cortas, por lo que deben dar más pasos) como a factores de género (las mujeres reciben menos propinas o enfrentan mayor impaciencia por parte de la clientela, entre otros aspectos, por lo que para ir más rápido hacen más pasos). Estos factores combinados explican por qué las mujeres

caminan más que los hombres en el mismo puesto.

La exposición de Karen Messing fue una llamada a reflexionar sobre la necesidad de abordar las desigualdades de manera integral, considerando tanto las diferencias biológicas como las construcciones sociales de género, para avanzar hacia un entorno laboral más justo y equitativo. Messing destacó la imperante necesidad de incrementar la investigación centrada en las mujeres señalando que, con frecuencia, son excluidas de los estudios científicos. Así mismo, subrayó la relevancia de adaptar los puestos de trabajo y el diseño de los equipos para atender las necesidades específicas de las trabajadoras.

DERRIBANDO BARRERAS: INTEGRANDO EL GÉNERO EN EL PROCESO DE SST

Lydia Tsoutsoubi, investigadora del Instituto *Jozef Stefan* (Eslovenia), inició el tema con una ponencia sobre la forma en la que los efectos del calor y los mecanismos de termorregulación afectan de manera diferente a mujeres y hombres.



De izquierda a derecha: Jimena Cazzaniga, Irene Otero, Laurent Vogel, Aitana Garí, Marina Ortiz, Karen Messing, Pilar Frey y Carina Liarte

Denunció la falta de investigación centrada en mujeres, afirmando que en materia de termorregulación se sufre un retraso de 30 años. En su ponencia manifestó que el 15 % de las personas expuestas al calor en el trabajo desarrollan enfermedades renales y destacó la importancia del género en este análisis. Por ejemplo, en el caso concreto de las mujeres, se ha comprobado el patrón de que evitan usar el baño porque no suele estar limpio, por este motivo beben menos agua y su hidratación y salud renal se ven perjudicadas. Además, destacó que el calor afecta de forma diferente a las mujeres si están embarazadas, durante la menstruación y durante la menopausia. Las diferencias fisiológicas entre mujeres y hombres son claras, pero no se han trasladado, por el momento, a la práctica en la SST, ya que el factor género no está incorporado ni en los métodos de evaluación, ni en las evaluaciones de riesgos ni en las medidas de prevención.

Continuó **Carmen Mancheño Potenciano**, de la Secretaría de Salud Laboral y Sostenibilidad Medioambiental de Comisiones Obreras (CC OO), de España, presentando el papel del género en la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el trabajo 2023-2027](#) (objetivo 5). Destacó las distintas líneas de actuación de dicho objetivo en la Estrategia: el compromiso de revisión y actualización del marco normativo; la necesidad de diferenciar por género en los procesos de toma de datos, análisis y estudio; la promoción de la incorporación de manera transversal de la perspectiva de género en toda la gestión; la sensibilización, vigilancia y control de la integración de la perspectiva de género en la actuación preventiva de las empresas. Por último, destacó la importancia de la formación de los y las profesionales de SST y del diseño de herramientas prácticas para la integración de la perspectiva de género en prevención de riesgos laborales.

Por su parte, **José de las Morenas**, coordinador de la Secretaría Confederal de Salud Laboral de la Unión General de Trabajadores (UGT), de España, presentó otra visión de la perspectiva de género en el ámbito de la SST en España. Habló sobre la segregación laboral entre los puestos de trabajo femeninos y masculinos. Respecto a los accidentes de trabajo, expuso datos de elaboración propia a partir de la [estadística de accidentes de trabajo 2023 \(MITES\)](#), señalando que los hombres se accidentan más en el trabajo (71 % frente al 29 % de mujeres), siendo aún mayor la diferencia en el caso de los accidentes de trabajo mortales (94 % frente al 6 % de mujeres). Así mismo, destacó que se debe tener en cuenta la especial infradeclaración, en el caso de las mujeres, tanto de los accidentes de trabajo como de las enfermedades profesionales.

Por último, **Minke Wesall**, analista senior del *Unit for international relations*

(SWEA, Suecia) comentó que hace unos años la autoridad laboral sueca dispuso de [datos](#) que indicaban que las mujeres abandonaban la vida laboral antes que los hombres. A partir de esta información, el Gobierno les encomendó realizar un estudio para prevenir la exclusión de las mujeres durante su vida laboral. Durante el proceso de investigación de dicho estudio se hizo visible lo siguiente:

- Las mujeres tienen diferentes trabajos que los hombres.
- Dentro del mismo trabajo tienen diferentes tareas.
- Dentro de las mismas tareas, tienen diferentes cargas de trabajo.
- Cuando se tienen las mismas cargas de trabajo, los efectos psicosociales son diferentes.
- Estos efectos psicosociales producen, a su vez, diferentes efectos sobre la salud en mujeres y en hombres. Aun en el caso de que las respuestas fueran las mismas, el tratamiento médico de las mujeres era diferente.

RECONOCIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA COMO UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL: LA EXPERIENCIA FRANCESA

La mesa de debate se inició con la intervención del **Dr. Ioannis Ilias**, del Departamento de Endocrinología del Hospital General *Hippokraton* de Atenas (Grecia), quien abordó la relación entre la alteración del ritmo circadiano y la incidencia del cáncer de mama. Explicó que el ritmo circadiano regula los procesos biológicos y sincroniza el organismo con el ciclo día-noche. Sin embargo, en el ser humano este ciclo no es de 24 horas exactas, sino de 24,3, por lo que requiere estímulos

externos, como la iluminación, para su adaptación. En este contexto, la exposición a la luz artificial durante el trabajo nocturno funciona como un estímulo regulador de este ciclo, alterando la producción de melatonina, una hormona clave en la regulación del sueño y la protección celular. El Dr. Ilias resaltó que la reducción de melatonina no solo compromete la reparación del ADN y aumenta el estrés oxidativo, sino que también puede inducir un incremento en los niveles de estrógenos, lo que eleva el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Posteriormente, **Brigitte Clément**, representante del sindicato francés Confederación Francesa Democrática del Trabajo (CFDT), expuso las iniciativas sindicales para lograr el reconocimiento del cáncer de mama como una enfermedad de origen laboral. Según datos estimados, el 2 % de los casos diagnosticados podrían estar relacionados con la exposición profesional, aunque esta cifra podría estar siendo subestimada debido a la falta de estudios específicos. La complejidad radica en diferenciar los factores de riesgo profesionales de los extraprofesionales como los antecedentes ginecológicos, el historial médico y el estilo de vida. A pesar de que estudios previos han vinculado la alteración del ritmo circadiano y la exposición lumínica con el cáncer de mama en modelos animales, aún se requiere mayor evidencia en seres humanos. No obstante, algunos factores laborales de riesgo, como la exposición a radiaciones ionizantes, a productos químicos (dieltrina, óxido de etileno y policlorobifenilos) y el trabajo nocturno, han sido identificados como potencialmente perjudiciales. En cuanto a la prevención, se plantearon medidas como la eliminación o reducción de la exposición a estos agentes y, cuando no sea posible, la regulación de la frecuencia y duración del trabajo nocturno o el uso de equipos de protección individual.

El debate concluyó con la intervención de **Josiane Clavelin**, enfermera jubilada y militante de la CFDT, y **Bernadette Wilmoth**, auxiliar de enfermería jubilada y paciente de cáncer de mama reconocido como enfermedad profesional. Ambas describieron los riesgos o productos a los que estuvieron expuestas: el óxido de etileno, utilizado en los procesos de esterilización, las radiaciones ionizantes sin medidas de protección adecuadas, como al realizar radiografías en la propia cama del paciente sin salir de la sala o al sujetar a los niños sin utilizar delantales de plomo y el trabajo nocturno que alteró su ritmo circadiano. Bernadette Wilmoth se convirtió en el segundo caso en Francia en lograr el reconocimiento del cáncer de mama como enfermedad profesional, marcando un precedente en la lucha por los derechos de las trabajadoras expuestas a condiciones laborales de riesgo.

APOYO A LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL LUGAR DE TRABAJO: MENOPAUSIA, MENSTRUACIÓN Y PERMISO POR MATERNIDAD

Danielle Howe, doctoranda del Instituto de Investigación en Salud de la *Western Sydney University* (Australia), presentó el reciente estudio titulado *"Policies, Guidelines, and Practices Supporting Women's Menstruation, Menstrual Disorders and Menopause at Work: A Critical Global Scoping Review"*. Destacó que la investigación en torno a la menopausia sugiere que la empresa debe involucrarse creando políticas que incluyan directrices claras y formación para todo el personal lo que, además, repercutiría en beneficios positivos tanto para la propia empresa como para las personas trabajadoras.

Siguió la ponente **Carolina Vidal López**, secretaria confederal de Mujeres, Igualdad y Condiciones de Trabajo de



CC OO (España), para exponer las particularidades de los tres supuestos por incapacidad temporal por contingencias comunes de carácter especial regulados en España: menstruación incapacitante secundaria (restringida a un diagnóstico previo, como endometriosis o miomas); interrupción, voluntaria o no, del embarazo; y para el embarazo en la semana 39 de gestación. En el caso de la baja por menstruación incapacitante, la prestación empieza el primer día de la baja médica y en las otras dos, se percibe desde el día siguiente. Esta diferencia en los días en los que empieza la prestación generó un problema de intimidad en las mujeres que lo solicitaban, ya que la empresa, dependiendo del día de comienzo de la baja, puede conocer su causa. Finalizó la ponencia destacando que, en la actualidad, se desarrolla un trabajo con el Gobierno de España para poner solución a esta falta

de privacidad en la solicitud de dichas incapacidades temporales.

Continuó la ponente **Mehak Dugal**, directora de campañas del sindicato Fórsa (Irlanda). Esta organización lanzó la campaña *Stop the Stigma*, que tiene el objetivo de que las empresas proporcionen un ambiente de trabajo solidario y libre de estigma para las mujeres que tienen que lidiar con la menstruación y la menopausia.

Por último, intervino **Maj Aslett-Rydbjerg**, secretaria general del grupo político *The Left*, que contó la experiencia de implementar una política piloto de bajas por menstruación entre el personal del Parlamento Europeo. La medida consiste en conceder un máximo de 3 días de baja al mes a las mujeres que lo soliciten, sin requerir una prueba médica. Alternativamente, pueden teletrabajar tres

días al mes, además de los dos días que ya tienen a la semana, de manera que pueden realizar su trabajo durante la semana completa desde casa. Realizaron una encuesta en marzo del 2024, en la que el 90 % de las personas encuestadas consideraban que era una política positiva y el 10 % restante, ni positiva ni negativa. Concluyó que, como grupo parlamentario feminista, la introducción de una baja médica como esta contribuye a crear espacios de trabajos más justos.

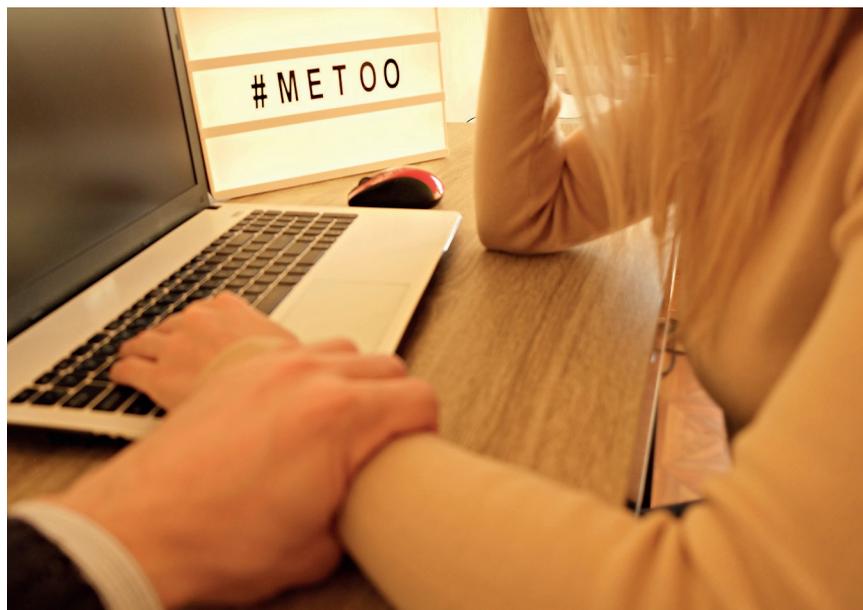
VIOLENCIA DE GÉNERO Y ACOSO EN EL TRABAJO

La mesa de debate comenzó con la intervención de **Erika Kähärä**, asesora de Igualdad y Entorno Laboral del sindicato *Service Union United* (PAM/UNI, Europa), quien abordó las directrices transectoriales

de la Unión Europea sobre violencia y acoso en el ámbito laboral. Explicó que la elaboración del [Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo \(OIT\)](#) y la [guía](#) correspondiente ha sido un proceso intersectorial que incluyó talleres de diálogo social y una encuesta sobre salud mental, centrándose en la violencia en el ámbito doméstico y la violencia ejercida por terceros. Estas directrices buscan prevenir, reducir y mitigar los efectos de la violencia en el trabajo, la violencia de género ejercida en el ámbito doméstico y los riesgos psicosociales asociados al teletrabajo.

A continuación, **Nadja Salson**, responsable de política de la *European Public Service Union* (EPSU), presentó la necesidad de revisar las [directrices multisectoriales para prevenir y combatir la violencia y el acoso de terceros en el trabajo](#). Destacó que en el pasado la violencia era un tema tabú para las personas empleadoras, pero ahora es imprescindible revisar los convenios colectivos y las normativas al respecto. En sectores como la sanidad, la educación y la restauración, la violencia de origen externo ha aumentado, especialmente tras la pandemia.

Finalmente, **Isabelle Schömann**, vicesecretaria general de la Confederación Europea de Sindicatos (ETUC), abordó la violencia de género y el acoso en el entorno laboral. Presentó los resultados de una encuesta realizada por el [Comité de Mujeres](#) de ETUC el 25 de noviembre de 2024, en la que la mayoría de las personas encuestadas manifestaron que no están tomando medidas suficientes para



abordar la violencia y el acoso en el trabajo, incluido el teletrabajo, por parte de las personas empleadoras. También se evidenció la falta de leyes nacionales lo suficientemente estrictas en esta materia. Schömann subrayó la necesidad de aplicar correctamente el Convenio 190 y la Recomendación 206 de la OIT y desarrollar nuevas directrices que amplíen su alcance e incluyan el teletrabajo.

CONCLUSIONES DEL EVENTO

Tras dos días de intenso aprendizaje y debate, el evento concluyó con un espacio dedicado a reflexionar y extraer conclusiones. Se subrayó la importancia de basar el trabajo político en la evidencia científica. Además, se destacó la necesidad de considerar la perspectiva de género y tener en cuenta colectivos en situación vulnerable en la actuación preventiva.

Asimismo, se remarcó la necesidad de revisar la implementación de medidas

de SST, especialmente en actividades feminizadas con turnos nocturnos, por ejemplo, de enfermeras, trabajadoras de fábricas o azafatas de vuelo.

En términos generales, se enfatizó la importancia de combatir los estigmas y valorar por igual todos los tipos de trabajo, integrando este enfoque en las dinámicas cotidianas y no como algo secundario. Finalmente, se insistió en que temas como la violencia de género ejercida en el ámbito doméstico y su repercusión en el ámbito laboral deben ser prioridad en la agenda política. Se cerró el evento con un mensaje claro: **esta lucha debe ser colectiva, guiada por datos y con plena conciencia de que aún queda mucho por hacer.**

Para obtener más información, se recomienda visitar el siguiente enlace: [Integrating gender into occupational health and safety | etui](#) ●

Formación en línea del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo sobre perspectiva de género en salud laboral

Marina Ortiz López

Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. INSST

La integración de la perspectiva de género en prevención de riesgos laborales ha adquirido un papel central en el Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. En sintonía con este enfoque, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) ha reforzado su compromiso nacional a través de la [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027](#) (EESST), aprobada en consenso junto con interlocutores sociales, Administración General del Estado y Administraciones autonómicas. El objetivo 5 de la EESST recoge la necesidad de introducir la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo y, en su línea 3, promueve la incorporación transversal de este enfoque en la gestión de la prevención de riesgos laborales.

Esta línea subraya la importancia de mejorar la formación en materia de género de profesionales del ámbito de la prevención de riesgos laborales, así como de las personas trabajadoras y demás agentes implicados en la mejora y promoción de las condiciones de trabajo. Esta línea de actuación busca contribuir a una integración plena de la perspectiva de género en la actividad preventiva. Como parte de este compromiso, el INSST inició el diseño de una formación específica sobre género y salud laboral.

PRESENTACIÓN DE LA FORMACIÓN

El objetivo principal del curso del INSST “Perspectiva de género en salud laboral” es proporcionar conocimientos sobre la incorporación de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales y la salud laboral. Por tanto, con la formación se persigue que el alumnado adquiera competencias como:

- Comprender y utilizar correctamente los conceptos clave y un marco teórico que permita abordar la prevención de riesgos laborales con perspectiva de género.

- Desarrollar y planificar acciones preventivas que tengan en cuenta las diferencias sexuales y las desigualdades de género.
- Realizar análisis de riesgos laborales con perspectiva de género en distintas actividades y sectores feminizados, a través de estudios de casos propuestos en la formación.
- Reconocer los principales obstáculos y retos para implementar una gestión preventiva con enfoque de género.

La formación fue sometida a un proceso de validación interna por parte del grupo de trabajo multidisciplinar del INSST sobre perspectiva de género y prevención de riesgos laborales. En enero de 2024, tituladas superiores del INSST que forman parte del grupo, cursaron la formación y elaboraron un informe de retroalimentación con el objetivo de perfeccionar y optimizar su contenido.

MÉTODOLOGÍA EMPLEADA

La formación en línea se lleva a cabo a través de la plataforma Moodle, en modalidad fundamentalmente asincrónica. Esto permite al alumnado acceder al material de estudio, que incluye vídeos y documentos, y completar los ejercicios, como test y prácticas, en el horario que mejor se ajuste a sus necesidades, siempre dentro del plazo establecido para la finalización del curso. El examen final también se realiza a través de esta plataforma.

En la formación se programan tres sesiones sincrónicas que se desarrollan mediante la plataforma de videoconferencia ZOOM. La primera sesión está destinada a la presentación del curso, la segunda se centra en el análisis y desarrollo de un caso



práctico y la tercera se reserva para resolver dudas y consolidar los conocimientos adquiridos antes del examen final.

PERSONAS DESTINATARIAS DE LA FORMACIÓN

Esta formación está dirigida a todos los agentes implicados en la mejora y promoción de las condiciones de trabajo, incluyendo a prevencionistas, delegados y delegadas de prevención y cualquier persona con funciones relacionadas con la prevención de riesgos laborales y la salud laboral.

La necesidad de capacitación en materia de género y salud laboral también tiene un impacto significativo en las Administraciones públicas. Por este motivo, la formación se ofrece de manera interna a toda la plantilla del INSST. Antes de publicar el curso en la página web del INSST, se consideró realizar una segunda edición interna. De esta manera, se consigue un doble objetivo: por una parte, se forma en materia de género y salud laboral a la plantilla del INSST y, por otra, se hace una segunda

validación del curso con un perfil del alumnado muy próximo al perfil diana de esta formación.

En este sentido, en 2024 se han llevado a cabo dos ediciones del curso, además de la prueba de validación inicial por parte del grupo de trabajo interno multidisciplinar del INSST sobre perspectiva de género y prevención de riesgos laborales: una interna, dirigida a titulados y tituladas superiores del INSST, y otra externa, en la que participaron profesionales interesados/as en la temática.

El interés por esta formación ha sido notablemente elevado. Debido a su modalidad y planteamiento, se establece un límite de 20 participantes por edición, por tanto, ha sido necesario realizar un proceso de selección basado en la información proporcionada durante la inscripción a la actividad formativa. En los primeros días de apertura del plazo se recibieron casi 100 solicitudes, lo que evidencia el creciente interés sobre la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales y la salud laboral.



DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS FORMATIVOS

La formación se estructura en seis Unidades Didácticas y se desarrolla a lo largo de 15 horas lectivas repartidas en casi 4 semanas. De las seis Unidades Didácticas, las tres primeras están orientadas a proporcionar un marco teórico-conceptual, normativo y estratégico sobre género y prevención de riesgos laborales en general, con un enfoque específico en la tercera Unidad Didáctica sobre los riesgos psicosociales, abordados desde una dimensión de género. En este contexto, se destaca que el curso se centra en particular en la disciplina preventiva de la psicología, dado que es el ámbito en el que más se ha trabajado la integración de la perspectiva de género, junto con la ergonomía. Las tres últimas Unidades Didácticas están destinadas al análisis de tres actividades altamente feminizadas: teleoperadoras de *call center*, cuidado de personas mayores y personal sanitario. Estas actividades han sido seleccionadas por disponer de proyectos de investigación desarrollados por el INSST y por contar,

por tanto, con evidencia científica de primera mano. Además, este enfoque de actividades feminizadas se mantiene en el caso práctico que contempla la formación, analizando el trabajo de las camareras de piso. Por otro lado, cabe destacar que todas las Unidades Didácticas incluyen material complementario y autoevaluaciones. Estas autoevaluaciones permiten al alumnado practicar el formato de preguntas que se empleará en el examen final del curso. Al superar dicho examen, se obtendrá un certificado de aprovechamiento que acredita la formación completada.

A continuación, se pasa a comentar brevemente las distintas Unidades Didácticas de la formación:

1. Marco teórico: la perspectiva de género en salud laboral

Compuesta por tres presentaciones que se pueden visualizar en formato vídeo, al igual que en el resto de las Unidades Didácticas. Una de ellas está dedicada a conceptos básicos, otra a la

mirada de género y prevención de riesgos laborales y la última a la estrategia preventiva con perspectiva de género. Esta Unidad Didáctica finaliza con una actividad que tiene por objetivo desmontar estereotipos y sesgos de género en salud laboral.

2. Marco normativo y estratégico

Está conformada por una presentación destinada a conocer la normativa y las líneas estratégicas en las que se encuadran las actuaciones en materia de género y seguridad y salud en el trabajo. La actividad complementaria consiste en analizar el objetivo 5 de la EESST y elegir una Guía Técnica para comentar brevemente cómo incorporar la perspectiva de género en términos generales o en algún apartado en concreto. En el caso de elegir el ámbito de la psicología, al no disponer de una Guía Técnica de referencia, se pide comentar brevemente cómo incorporar esta perspectiva en la gestión psicosocial.

3. ¿Cómo gestionar los riesgos psicosociales con perspectiva de género?

Esta Unidad Didáctica se compone de tres presentaciones: una dedicada a los sesgos y daños a la salud, otra a factores de riesgo psicosocial con dimensión de género y la última a la gestión psicosocial.

4. Análisis de riesgos en un sector feminizado: Teleoperador/a en *call center*.

En esta Unidad se profundiza en el colectivo de teleoperadoras que trabajan en los *call center* a través de cuatro presentaciones: una dedicada a analizar la estructura del sector y a definir el perfil de las teleoperadoras; otra nos presenta las características de la peculiar y específica exposición a los riesgos psicosociales que tiene este colectivo; en la tercera se profundiza en los riesgos psicosociales con dimensión de género; y en la cuarta se expone el impacto que tiene la Inteligencia Artificial (IA) en el sector. La actividad complementaria que se propone es visualizar un vídeo de un *role playing* de una jornada de trabajo en un *call center*. El alumnado podrá comprobar de primera mano cómo son las condiciones de trabajo del colectivo y la invisibilización que sufren, las tareas que desarrollan y las consecuencias de estar expuesto a estos riesgos. El alumnado deberá reflexionar sobre varias cuestiones relacionadas con los principales riesgos a los que están expuestas las teleoperadoras, el impacto que pueden tener las condiciones de trabajo sobre la salud de las mujeres y la distribución sexista de los roles en esta actividad. Esta Unidad se complementa con un foro en el que se fomenta la participación del alumnado explicando las experiencias personales

relacionadas con el sector de *call center*, como personas trabajadoras o como usuarias. Los contenidos están inspirados en el documento técnico del INSST titulado "[Factores de riesgo psicosocial del personal trabajador en los Call Center](#)".

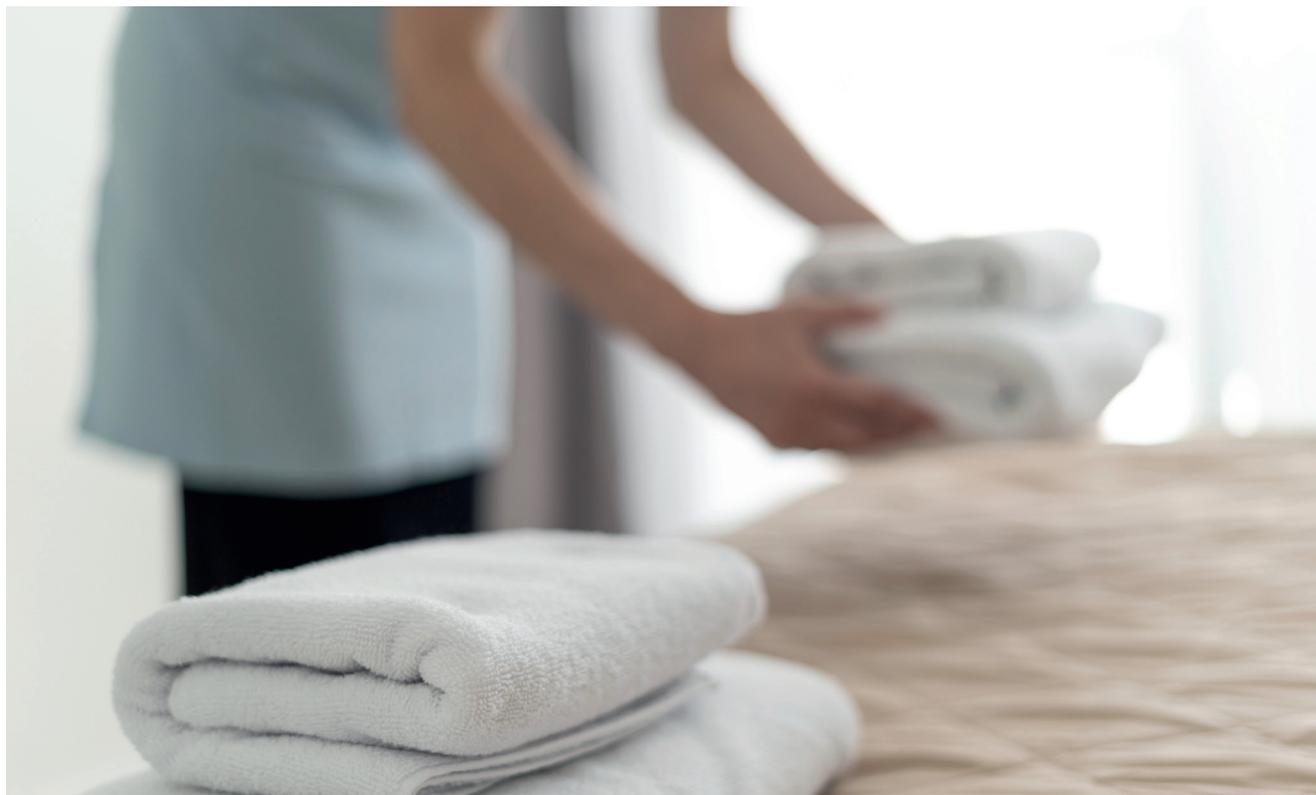
5. Análisis de riesgos en un sector feminizado: Cuidado de personas mayores

La quinta Unidad Didáctica está organizada en tres partes diferenciadas, recogida cada una de ellas en una presentación con imágenes y audio. En la primera de ellas, se contextualiza la actividad de cuidado de personas mayores, tanto en centros residenciales como en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), y se presenta el perfil de las personas que prestan el cuidado, fundamentalmente mujeres, así como el de las personas que reciben los servicios. A continuación, en la segunda parte se presentan los principales riesgos psicosociales a los que están expuestas las personas que se encargan del cuidado profesional, basadas en los resultados de un estudio realizado por el INSST y publicado en 2020 titulado "[Las mujeres en actividades de cuidado de personas mayores. Exposición a factores psicosociales en establecimientos residenciales y servicio de ayuda a domicilio](#)". Finalmente, se presentan estos resultados con un enfoque de género, mediante la aplicación práctica, en este sector de actividad en concreto, de los contenidos teóricos trabajados en las primeras Unidades Didácticas del curso.

Esta Unidad Didáctica se completa con la realización de una actividad práctica en la que se presentan cinco fragmentos de entrevistas inspirados en las entrevistas originales que se llevaron a cabo en el estudio anteriormente comentado. Cada fragmento refleja los puntos clave sobre los que analizar con perspectiva de género cada uno de los cinco factores de riesgo psicosocial trabajados y a los que está expuesto este sector tan feminizado. El alumnado debe elegir únicamente un fragmento y realizar una reflexión personal. La actividad se complementa con un foro en el que voluntariamente se pueden intercambiar reflexiones y/o experiencias en relación con el sector de actividad, además de plantear dudas o cuestiones relacionadas con la Unidad Didáctica.

6. Análisis de riesgos en un sector feminizado: Personal de centros sanitarios

En la última Unidad Didáctica se visualizarán tres presentaciones: una centrada en la caracterización del sector sanitario con perspectiva de género, otra en el impacto de la pandemia en el sector sanitario con perspectiva de género (enmarcada en el "[Proyecto PSICOVID](#)" iniciado por el INSST en 2020) y la última sobre riesgos psicosociales con dimensión de género en este



ámbito. Como actividad complementaria, se muestra un vídeo y se plantean unas preguntas de reflexión sobre la actividad del personal de limpieza del sector sanitario y el impacto de estas condiciones de trabajo en su salud. Este colectivo está altamente feminizado e invisibilizado dentro del sector sanitario, ya que esta actividad no es considerada como esencial, a pesar de que sus tareas son imprescindibles para el adecuado funcionamiento del sistema. Este hecho implica una falta de sensibilidad con los riesgos asociados a esta actividad y, por tanto, una ineficacia en los sistemas de seguridad y salud del colectivo. Al igual que en el resto de las Unidades Didácticas sobre actividades feminizadas, se complementa con un foro de intercambio voluntario de reflexiones y opiniones.

Caso práctico: Análisis de riesgos en un colectivo específico: camareras de piso

Esta actividad coincide con la segunda sesión sincrónica y se realiza de manera colaborativa a través de una aplicación

informática, en directo. El caso práctico consiste en el análisis de un “diario” ficticio escrito por una camarera de piso, complementado con un vídeo que ilustra sus condiciones de trabajo y que se visualiza durante la clase.

PRÓXIMAS EDICIONES

Es fundamental subrayar que esta formación en línea busca evolucionar y ampliarse en el futuro, integrando otras disciplinas preventivas y sectores de actividad tradicionalmente masculinizados. El objetivo principal es promover la transversalización del género en todas las disciplinas preventivas y la capacitación en el análisis de la gestión preventiva androcéntrica en dichos sectores masculinizados. Dado el éxito de las ediciones anteriores y la elevada demanda y necesidad formativa en esta materia, esta formación se repetirá próximamente en 2025 para seguir ofreciendo a más profesionales la oportunidad de adquirir conocimientos esenciales sobre la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales y la salud laboral. ●

SERVICIOS CENTRALES

C/ Torrelaguna, 73 - 28027 MADRID - Tel. 91 363 41 00
Para consultas generales: consultasscc@insst.mites.gob.es

CENTROS NACIONALES

- **C.N. de CONDICIONES DE TRABAJO.**
C/ Dulcet, 2-10 – 08034 BARCELONA. Tel.: 93 280 01 02
- **C.N. de NUEVAS TECNOLOGÍAS.**
C/ Torrelaguna, 73 – 28027 MADRID. Tel.: 91 363 41 00
- **C.N. de MEDIOS DE PROTECCIÓN.**
C/ Carabela La Niña, 16 - 41007-SEVILLA. Tel.: 95 451 41 11
- **C.N. de VERIFICACIÓN DE MAQUINARIA.** Camino de la Dinamita, s/n. Monte Basatxu-Cruces – 48903 BARAKALDO (BIZKAIA). Tel.: 94 499 02 11

GABINETES TÉCNICOS PROVINCIALES

- **CEUTA.** Avda. Ntra. Sra. de Otero, s/n. 51002 CEUTA. Tel.: 956 50 30 84
- **MELILLA.** Avda. Juan Carlos I Rey, 2, 1ºD - 52001 MELILLA. Tel.: 952 690 463

CENTROS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA
INSTITUTO ANDALUZ DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (IAPRL)

Avda. de Einstein, 4
Isla de la Cartuja
41090 SEVILLA
Tel.: 955 06 39 10

ALMERÍA

Avda. de la Estación, 25 - 1ªA
Edificio Torresbermejás
04005 ALMERÍA
Tel.: 950 88 02 36

CÁDIZ

C/ Barbate, esquina
a San Mateo s/n
11012 CÁDIZ
Tel.: 956 90 70 31
600 168 042

CÓRDOBA

Avda. de Chinales, parcela 26
Polígono Ind. de Chinales
14071 CÓRDOBA
Tel.: 957 01 58 00

GRANADA

C/ San Miguel, 110
18100 ARMILLA (GRANADA)
Tel.: 958 01 13 50

HUELVA

Ctra. Sevilla a Huelva, km. 636
21007 HUELVA
Aptdo. de Correos 1.041
Tel.: 959 99 20 13

JAÉN

Avda. Antonio Pascual Acosta, 1
23009 JAÉN
Tel.: 953 31 34 26

MÁLAGA

Avda. Juan XXIII, 82
Ronda Intermedia
29006 MÁLAGA
Tel.: 951 03 94 00

SEVILLA

C/ Carabela La Niña, 16
41007 SEVILLA
Tel.: 955 06 65 00

ARAGÓN

INSTITUTO ARAGONÉS DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (ISSLA)
C/Dr. Bernardino Ramazzini,5
50015 ZARAGOZA
Tel.: 976 71 66 69

HUESCA

C/ Ricardo del Arco, 6 - 4ª Planta
22003 HUESCA
Tel.: 974 29 30 32

TERUEL

C/ San Francisco, 1 - 1ª Planta
44001 TERUEL
Tel.: 978 64 11 77

ZARAGOZA

C/ Dr. Bernardino Ramazzini, 5
50015 ZARAGOZA
Tel.: 976 71 66 69

PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (IAPRL)
Avda. del Cristo de las Cadenas, 107
33006 OVIEDO
Tel.: 985 10 82 75

ILLES BALEARS

INSTITUTO BALEAR DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (IBASSAL)
Plaça de Son Castelló, 1
Polígono de Son Castelló
07009 PALMA DE MALLORCA
Tel.: 971 17 66 00

CANARIAS

INSTITUTO CANARIO DE SEGURIDAD LABORAL (ICASEL)
C/ León y Castillo 57-1ª Planta
35003 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Tel.: 928 30 77 54

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Ramón y Cajal, 3 - Semisótano
1 - Local 5
38003 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tel.: 922 47 77 70

CANTABRIA

INSTITUTO CÁNTABRO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (ICASST)
Avda. del Faro, 33 - Pintor Eduardo Sanz, 19
39012 SANTANDER
Tel.: 942 39 80 50

CASTILLA-LA MANCHA

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Avda. Irlanda, 14
45071 TOLEDO
Tel.: 925 28 80 00

ALBACETE

C/ Alarcón, 2
02071 ALBACETE
Tel.: 967 53 90 00

CIUDAD REAL

Ctra. Fuensanta, s/n
13071 CIUDAD REAL
Tel.: 926 22 34 50

CUENCA

C/ Parque de San Julián, 13 – 2ª Planta
16071 CUENCA
Tel.: 969 17 98 00

GUADALAJARA

Avda. de Castilla, 7-C Posterior
19071 GUADALAJARA
Tel.: 949 88 79 99

TOLEDO

Avda. de Francia, 2
45071 TOLEDO
Tel.: 925 26 79 80

CASTILLA Y LEÓN

CENTRO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL DE CASTILLA Y LEÓN
Avda. de Portugal, s/n
24009 LEÓN
Tel.: 987 34 40 32

ÁVILA

C/ Segovia, 25 - Bajo
05005 ÁVILA
Tel.: 920 35 58 00

BURGOS

Avda. Castilla y León, 2-4
09006 BURGOS
Tel.: 947 24 46 16

LEÓN

Avda. de Portugal, s/n
24009 LEÓN
Tel.: 987 20 22 52

PALENCIA

C/ Doctor Cajal, 4-6
34001 PALENCIA
Tel.: 979 71 55 00

SALAMANCA

C/ Príncipe de Vergara, 53-71
37003 SALAMANCA
Tel.: 923 29 60 00

SEGOVIA

Plaza de la Merced, 12 - Bajo
40003 SEGOVIA
Tel.: 921 41 74 48

SORIA

Pº del Espolón, 10 - Entreplanta
42001 SORIA
Tel.: 975 24 07 84

VALLADOLID

C/ Santuario, 6, 2ª Planta
47002 Valladolid
Tel.: 983 29 80 33

ZAMORA

Avda. de Requejo, 4 - 3ª Planta
49071 ZAMORA
Tel.: 980 55 75 44

CATALUÑA

INSTITUTO CATALÁN DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (ICSSL)
Carrer de Sepúlveda, 148 - 150
08011 BARCELONA
Tel.: 932 28 56 69

BARCELONA

Carrer de Sepúlveda, 148 - 150
08011 BARCELONA
Tel.: 932 05 50 01

GIRONA

Plaça Pompeu Fabra, 1
17002 GIRONA
Tel.: 872 97 54 50

LLEIDA

Carrer General Brito, 3
25007 LLEIDA
Tel.: 973 20 04 00

TARRAGONA

Carrer del Riu de Siurana, 28 - B
Polígono Campoclaro
43006 TARRAGONA
Tel.: 977 54 14 55

EXTREMADURA

SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Paseo de Roma, s/n. Módulo D- 2ª Planta
06800 MÉRIDA
Tel.: 924 00 52 53

BADAJÓZ

Avda. Miguel de Fabra, nº 4
Polígono Ind. El Nevero
06006 BADAJOZ
Tel.: 924 01 47 00

CÁCERES

C/ Hilanderas, 15
Polígono Ind. Las Capellanías
10005 CÁCERES
Tel.: 927 00 69 12

GALICIA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL DE GALICIA (ISSGA)
Edificio IGAPE – ISSGA – 3º piso
Complejo Advtv. de San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)
Tel.: 981 95 70 18

A CORUÑA

Rúa Doctor Camilo Veiras, 8
15009 A CORUÑA
Tel.: 981 18 23 29

LUGO

Ronda de Fingoi, 170
27071 LUGO
Tel.: 982 29 43 00

OURENSE

Rua Villamil e Castro, s/n
32872 OURENSE
Tel.: 988 38 63 95

PONTEVEDRA

Camiño Coto do Coello, 2
36812 RANDE REDONDELA (PONTEVEDRA)
Tel.: 886 21 81 00

COMUNIDAD DE MADRID

INSTITUTO REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (IRSST)
C/ Ventura Rodríguez, 7; Pl. 2.ª, 3.ª, 5ª y 6.ª
28008 MADRID
Tel.: 900 713 123

REGIÓN DE MURCIA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (ISSL)
C/ Lorca, 70
30120 EL PALMAR (MURCIA)
Tel.: 968 36 55 00

NAVARRA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (ISPLN)
C/Leyre, 15
31003 PAMPLONA - IRUÑA
Tel.: 848 42 34 40
Pol. de Landaben, Calle E
31012 PAMPLONA - IRUÑA
Tel.: 848 42 89 48

LA RIOJA

INSTITUTO RIOJANO DE SALUD LABORAL (IRSLAL)
C/ Hermanos Hircio, 5
26007 LOGROÑO
Tel.: 941 29 18 01

COMUNIDAD VALENCIANA

INSTITUTO VALENCIANO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (INVASSAT)
C/ Valencia, 32
46100 BURJASSOT (VALENCIA)
Tel.: 963 42 44 70

ALICANTE

C/ Hondón de los Frailes, 1
03005 ALICANTE
Tel.: 966 90 24 45

CASTELLÓN

Ctra. Nacional 340
Valencia-Barcelona, km. 68,400
12004 CASTELLÓN
Tel.: 964 55 83 00

VALENCIA

C/ Valencia, 32
46100 BURJASSOT (VALENCIA)
Tel.: 963 42 44 70

PAÍS VASCO

INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES (OSALAN)
Camino de la Dinamita, s/n
Monte Basatxu-Cruces
48903 BARAKALDO (BIZKAIA)
Tel.: 944 03 21 90

ARABA/ÁLAVA

C/ José Abxotegi, 1
01009 VITORIA - GASTEIZ
Tel.: 945 01 68 00

BIZKAIA

Camino de la Dinamita, s/n
Monte Basatxu-Cruces
48903 BARAKALDO (BIZKAIA)
Tel.: 944 99 02 11

GIPUZKOA

Maldaxo Bidea, s/n
Barrio Eguía
20012 DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN
Tel.: 943 02 32 50



EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA ACTIVIDAD DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Método para la evaluación y gestión de factores
psicosociales en pequeñas empresas

