

9^{as} JORNADAS NACIONALES

de ERGONOMÍA y PSICOSOCIOLOGÍA

**GÉNERO, ENVEJECIMIENTO
Y ERGONOMÍA**

AVILÉS - ASTURIAS - ESPAÑA
14 y 15 de Noviembre del 2014

Hotel NH Palacio de Ferrera *****

Declarado de INTERÉS SANITARIO
por la Consejería de Sanidad
del Principado de Asturias

Organizan



PREVERAS
ASOCIACIÓN
ASTURIANA DE
ERGONOMÍA



Asociación
Española de
Ergonomía



SALUD LABORAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

PILAR RIVAS VALLEJO
Universidad de Barcelona



Universitat de Barcelona

Índice

Premisa: *Relación entre factores discriminatorios y salud*

I. Diferencias de género en la salud

II. Sesgos de género en la salud laboral

III. Perspectiva de género en la legislación sanitaria y preventiva

IV. Herramientas preventivas desde la perspectiva jurídica

Relación entre factores discriminatorios y salud

Los factores discriminatorios actúan en forma de micro-discriminaciones y generan una sinergia negativa para la mujer

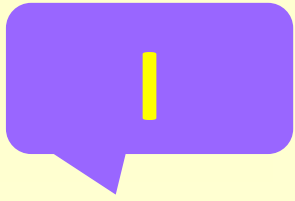
la expone por una parte a mayores riesgos derivados del trabajo (y potencia asimismo la incidencia o alcance de otros riesgos)

provoca unas **condiciones más precarias de salud** tanto orgánica como mental

efectos de la *exposición crónica a un lugar de trabajo poco democrático* (JOHNSON y JOHANSSON)



Riesgos psicosociales



DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA SALUD

¿Existen factores diferenciales en los resultados estadísticos que evidencien una distinta realidad de género en la salud?



elementos diferenciales



escaso control de las mujeres sobre la naturaleza de su trabajo: altos costos de oportunidad que deben afrontar al enfermar

des-priorización en el ámbito de los hogares hacia la salud de la mujer

medicalización de la salud de la mujer

invisibilidad de los problemas de salud de la mujer

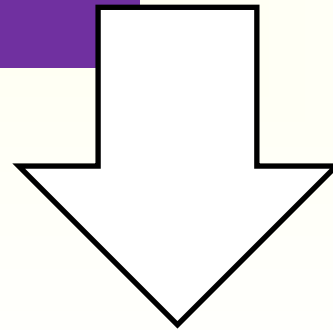
son tan importantes los riesgos laborales como los extralaborales

el absentismo femenino está condicionado o mediatizado por las propias condiciones de trabajo o sociolaborales a las que las mujeres se encuentran sometidas

recurso a la IT para solventar urgencias familiares

precariedad de la salud femenina

Patologías prevalentes
Riesgos laborales
Contingencias
profesionales
Absentismo



Patologías prevalentes

1



Patologías musculoesqueléticas

80,9% mujeres
74,6% hombres

posturas mantenidas 24,7% (hombres 21,7%)

realización de movimientos repetitivos de manos o brazos 29% (hombres 26,4%)

posturas o movimientos especialmente fatigantes <10%

Problemas crónicos de salud

Problemas relacionados con el dolor y la fatiga

Limitación de actividades por problemas crónicos de salud

Mujeres 42,8%

Hombres 28,7%

Encuesta Nacional de Salud, 2006

VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2011

Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, *Mujer y trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de metodología de encuesta*, 2009

Riesgos laborales

2

Acoso

Dobles jornadas

riesgos derivados de la acumulación de tareas y funciones

estrés adicional asociado a la ansiedad

mayor predisposición al *burnout* y causa de estrés crónico

Riesgos ligados a *actividades feminizadas*

extracción y aglomeración de carbón
actividades de saneamiento público
fabricación de productos de caucho y materias plásticas
metalurgia

Riesgos derivados de otros factores de discriminación

Factor adicional de vulnerabilidad: la temporalidad del empleo

Riesgos laborales

Riesgos derivados de otros factores de discriminación

salarios más bajos, incluyendo la mayor prolongación de la jornada sin retribución

menor participación en la toma de decisiones, en los puestos directivos o de relevancia en las organizaciones donde prestan servicios

precariedad laboral

menores compensaciones laborales

temor a la pérdida del empleo con ocasión del embarazo o la maternidad

Riesgos psicosociales: *la huella de la minusvaloración del trabajo femenino*

contingencias profesionales

3

menos accidentes de trabajo registrados

Tabla 3. Índices de incidencia por sexo y gravedad

	AT TOTALES	II TOTAL	AT LEVES	II LEVES	AT GRAVES	II GRAVES	AT MORTALES	II MORTALES
TOTAL	404.284	3.009,2	400.447	2.980,7	3.390	25,2	447	3,3
VARONES	278.078	3.968,6	274.829	3.922,3	2.835	40,5	414	5,9
MUJERES	126.206	1.963,4	125.618	1.954,2	555	8,6	33	0,5



Fuente: Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Datos anuales 2013. MEYSS

*riesgo **0,45** veces **menor** de sufrir un accidente de trabajo*

INSHT, Acercamiento a la siniestralidad laboral desde una perspectiva de género, 2010

la forma más insidiosa de actuar las micro discriminaciones y micro lesiones no las visibilizan las estadísticas sobre accidentes de trabajo, pues adoptan la forma de enfermedad... generalmente común

absentismo

las mujeres causan más procesos de incapacidad temporal, tanto por contingencias comunes como por contingencias profesionales, y además sus duraciones son mayores

Duración media contingencias comunes
40,39 hombres
43,71 mujeres

incidencia media mensual de los procesos de incapacidad temporal

Contingencias comunes

Nº IT Contingencias
profesionales MATEPSS 2014

310.865
hombres

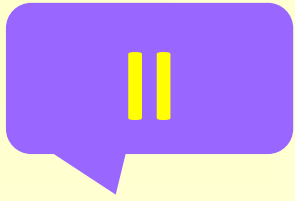
167.894
mujeres

30,9
hombres

43,71
mujeres

INSS oct **2014**

Estadística INSS primer semestre año **2013**



SESGOS DE GÉNERO EN LA SALUD LABORAL



**más allá del factor biológico
relacionado con la capacidad
reproductora de las mujeres,
las diferencias corporales, de
socialización, de roles y
estereotipos**

SESGOS DE GÉNERO EN LA SALUD LABORAL

La política preventiva es androcentrista

- a) *evaluación conforme a patrones masculinos*
- b) evaluación de ítems relativos a la organización y medición de carga de trabajo y tipología de puestos de trabajo conforme a parámetros estandarizados (patrones masculinos);
- c) participación nula de mujeres en los procesos de conformación de la representación en materia de riesgos laborales, primando el mismo patrón masculino;
- d) menor participación femenina en la formación y en la información sobre riesgos laborales;
- e) falta de evaluación del impacto diferenciado por géneros de los factores de riesgo, pues lo que se evalúa es el diferente resultado (lesional) por sexos, pero no el impacto previsible, salvo capacidad reproductiva y gestación y/o la lactancia;
- f) ausencia de la evaluación del riesgo de la segregación laboral y del impacto de la precariedad y otros riesgos típicamente unidos al trabajo femenino;
- g) inexistente consideración de la respuesta femenina a la enfermedad, la *diferente forma de enfermar* que tienen las mujeres (y la “medicalización del malestar de las mujeres”);
- h) escasa consideración de factores femeninos extralaborales (violencia de género o la conciliación de la vida familiar y laboral, éstos sí presentes en los catálogos de riesgos cuando adoptan perspectiva de género);
- i) inclusión desequilibrada de patologías ligadas a trabajos tradicionalmente masculinos frente a la menor atención prestada a las vinculadas a trabajos feminizados;
- j) diferente acceso a la cobertura económica de las incapacidades (cortas carreras de cotización);
- k) prevalencia de ciertas enfermedades entre las mujeres, enfermedades erróneamente vinculadas a factores psicológicos y psíquicos, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome químico múltiple...

a) *evaluación de riesgos laborales*

incidencia

**se practica en una significativa
menor proporción sobre mujeres
(31,7%) que sobre hombres
(41,2%) en nuestras empresas**

**Sectores
feminizados
excluidos**

Empleadas
de hogar

Economía
sumergida



evaluación conforme a patrones masculinos

transtornos musculoesqueléticos

riesgo más prevalente

**la aproximación a
los riesgos prima la
realización de
esfuerzos intensos
y menos
sostenidos**

(patrón masculino de
cargas en el trabajo)



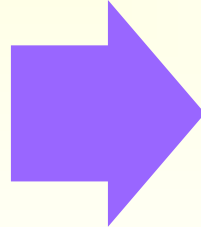
patrón femenino
resultante de
segregación
ocupacional:
esfuerzos de menor
intensidad pero más
sostenidos y con
posturas forzadas

evaluación conforme a patrones masculinos

valores tolerables

Los **valores tolerables** en distintos riesgos específicos asociados a enfermedades profesionales también se basan en un trabajador típico

no se considera la diversidad femenina para valorar el efecto tóxico



Distintas características biológicas que provocan diferente reacción a la misma exposición, las más obvias la talla y el peso

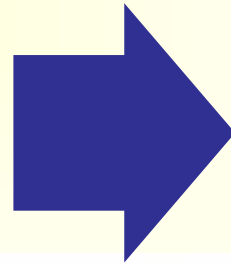
No se valora la **multi exposición femenina a otros químicos fuera del entorno laboral**

productos de limpieza,
productos cosméticos y de
perfumería...

ergonomía

diseñada para un
modelo neutro-
masculino

no ajustada a las
medidas
femeninas



excepción que no es
tal

***diseño de la ropa
de trabajo***

prevalencia de
estereotipos de
género y no de
criterios preventivos



riesgos extralaborales no evaluados

Conciliación de la
vida familiar y
laboral: el binomio
*trabajo
productivo/traba
jo reproductivo*



riesgos psicosociales
trastornos
psicológicos

**violencia de
género**

cuadros patológicos
propios de las víctimas
de violencia doméstica
que muestran unos
mismos rasgos en los
trastornos del
comportamiento



otros

Falta de evaluación de riesgos con mayor presencia entre las mujeres

Ausente consideración de la respuesta femenina a los riesgos

distintos factores de discriminación laboral de la mujer

su segregación laboral
el impacto de la precariedad

otros factores unidos al trabajo femenino (v.g. trabajo a tiempo parcial)



b) vigilancia de la salud laboral

los **reconocimientos médicos** son ofrecidos a un porcentaje mayor de hombres que de mujeres

hombres (74,5%)
mujeres (61,2%)

VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo,
2011

No son ofrecidos a personal expuesto a
riesgos de carga física
mujeres expuestas 37,2%
hombres expuestos 26,9%

Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, 2009



c) Formación e información

**formación en prevención de
riesgos laborales**

**hombres (62,2%)
mujeres (51,5%)**

se consideran **poco o nada informadas/os**
15,1% mujeres
10,4% hombres



Vigilancia de la salud, formación e información: conclusiones

La salud laboral femenina (pese a manifestar en general un peor estado de salud) parece ser menos importante para nuestros empleadores



Ejemplo paradigmático: caso *Romero*

De haber sido **hombre**, su salud habría sido puesta como prioridad absoluta por todos, y no sólo por los sanitarios

Seguramente ni su capacidad ni su posible intervención en el contagio hubieran prevalecido sobre otros factores de análisis

d) Enfermedades profesionales

4

Síndrome Ardystil Lipoatrofia semicircular

Tratamiento legal preferente para las enfermedades profesionales (doble nivel de protección profesionales/comunes) tradicionalmente vinculadas a empleos segregados masculinos



inclusión desequilibrada de patologías ligadas a trabajos tradicionalmente masculinos
menor atención prestada a las vinculadas a trabajos feminizados



pensiones derivadas de enfermedad profesional

Hombres		Mujeres	
Número	P. Media	Número	P. Media
9.017	1.183,44	3.530	839,79
52 años		50 años	

2014

e) valoración y obtención de incapacidades

5

Respuesta al fracaso de
la prevención de riesgos
Respuesta alternativa

*Mayores
dificultades
para obtener
pensiones por
IP y
discapacidad*



nivel
contributivo

pensiones de
incapacidad
permanente
contributiva

diferente acceso a la cobertura económica de las incapacidades

Hombres		Mujeres	
Número	P. Media	Número	P. Media
604.757	981,47	322.835	795,89

pensiones de
incapacidad
permanente **no**
contributiva

58,7%
mujeres

Régimen
Especial de
Empleados
de **Hogar**
(97,03%
mujeres)

actividad de
atención
personal y
de **limpieza**

Régimen
Especial
Agrario

inversión de la proporción hombres/mujeres

la mayor parte en

Prestaciones
asistenciales por
enfermedad

Septiembre 2014
4.448 mujeres
5.284 hombres

Discapacidades (baremo Anexo 1. A RD 1971/1999, de 23-12, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía):

- **SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**
- **SISTEMA NERVIOSO**
- APARATO RESPIRATORIO
- SISTEMA CARDIOVASCULAR
- SISTEMA HEMATOPOYÉTICO
- APARATO DIGESTIVO.
- APARATO GENITOURINARIO
- SISTEMA ENDOCRINO
- PIEL Y ANEJOS
- NEOPLASIAS
- APARATO VISUAL
- OÍDO, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS
- LENGUAJE
- RETRASO MENTAL
- **ENFERMEDAD MENTAL**



sí por suma y valores combinados de todos ellos (Tabla de Valores Combinados)

no se prevén las dolencias asociadas al dolor y la fatiga

Propuesta

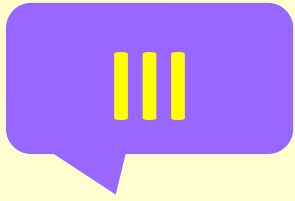
Inclusión de las patologías del dolor en el baremo de valoración

Propuesta de inclusión de las patologías del dolor en el baremo de valoración

Argentina, iniciativa parlamentaria

6218/D-2013, presentada el 4 de septiembre de 2013, “Habitantes que acrediten el padecimiento de fibromialgia - fibromiositis, fibrositis -, síndrome de fatiga crónica y/o la sensibilidad química múltiple: extensión de los beneficios de las leyes 22431, de sistema de protección integral de las personas discapacitadas, 24314, de accesibilidad de personas con movilidad reducida y 25765, de fondo permanente de recompensa” propone su inclusión en el baremo de patologías incapacitantes:

Artículo 3: Inclúyase en el baremo establecido por el decreto 478/98, Anexo I, sus modificatorias y complementarias, a la Fibromialgia, el Síndrome de Fatiga Crónica y la Sensibilidad Química Múltiple, cada una de ellas en un porcentual no inferior al requerido por el artículo 48, inc. a) de la Ley 24.241 a los fines de obtener el beneficio allí establecido



PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA Y PREVENTIVA



**abarca la estadística, la
formación y la
investigación**

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA

UE

1. *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010*
2. **Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015**
“cuestiones de género en el ámbito de la salud”, dentro de la línea general “dignidad, integridad y fin de la violencia sexista”
3. **Carta de la Mujer, 2010** (atención sanitaria, en el contexto del respeto a la dignidad e integridad de las mujeres y la erradicación de la violencia de género)
4. Decisión del Consejo relativa al Programa Específico «Cooperación» por el que se ejecuta el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea de Acciones de Investigación, Desarrollo Tecnológico y Demostración (2007-2013)
 - *conciencia de que el sexo es un factor determinante clave de la salud*
 - *atajar las desigualdades que puedan existir entre Estados miembros atendiendo a los factores determinantes de la salud ligados a aspectos sociales y económicos*
5. Directiva 2004/113/CE del Consejo, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro (perspectiva de género en el aseguramiento de la salud)

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA

España

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (arts. 12.2.4 y 32)

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, *para la igualdad efectiva de hombres y mujeres*, art. 27 (integración del principio de igualdad en la política de salud, y el impulso de una política específica de promoción de la salud de las mujeres, “así como de prevención de su discriminación”, en el marco de la educación sanitaria y la investigación científica, y en particular en relación con la salud laboral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo).

Art. 27.2: las Administraciones públicas se centrarán en evitar que, por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros

Plan de Calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (estrategia 4, “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”)

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA

Modificaciones introducidas por la LO 3/2007 en salud

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 18, apartados 1, 4, 9, 14, 15 y 17)

1) una **educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres en la educación sanitaria**, amén de la formación contra la discriminación de las mujeres,

¿se ha incluido en los planes de estudio y programas docentes?

2) la obligación de atender a las **necesidades diferencias de mujeres y hombres** en la prestación de productos terapéuticos;

3) la **atención especial al acoso sexual y al acoso por razón de sexo dentro de la salud laboral**,

4) la formación específica en el tratamiento de la **violencia de género**,

5) la **investigación científica sobre las diferencias entre mujeres y hombres**,

6) la **desagregación por sexos de los datos médicos** contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica, que permita el análisis de género

criterios orientativos generales

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA

Modificaciones introducidas por la LO 3/2007 en salud

Ley 16/2003

- **principio de no discriminación** por razón de sexo en las actuaciones sanitarias
- atención especial a los *riesgos y necesidades específicas de las mujeres en la atención a la salud laboral*
- atención al género entre los **grupos de riesgo** o con atención especial
- inclusión de la perspectiva de género en las **actuaciones formativas**
- **investigación** sobre las especificidades de género o de mujeres y hombres
- **desagregación** por sexo de los datos contenidos en el sistema de información sanitaria, acerca de las prestaciones y cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, lo cual requiere de la adaptación de los indicadores y requerimientos técnicos para integrar dicha perspectiva en el análisis
- **análisis específico** de la salud de mujeres y hombres en los informes emitidos por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud

criterios orientativos generales

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016

“la respuesta diagnóstica y tratamiento diferencial de mujeres y hombres muestra una tendencia a la medicalización de la vida de las mujeres, no sólo por su peor salud percibida sino también por otras cuestiones y el diseño de las políticas y servicios de salud que tiende a intervenir, en mayor medida, en la salud de las mujeres”

Afirma:

1. peor salud de las mujeres
2. el consumo diario de tranquilizantes supera al de los hombres en todas las edades

Propone: “reforzar la perspectiva de género en las políticas de salud”

Cómo lo ejecuta:



se centra únicamente en el consumo de sustancias adictivas y los hábitos alimentarios y en colectivos en riesgo de exclusión

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016



Línea 1. Promoción de la igualdad en las políticas de salud y bienestar social, así como impulso de políticas específicas de salud y calidad de vida de las mujeres

consumo de sustancias adictivas y los hábitos alimentarios

Línea 2. Promoción de programas de salud y bienestar social con mujeres en situación o riesgo de exclusión social

colectivos en riesgo de exclusión

imagen de perfil bajo de la mujer y su salud



PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN PREVENTIVA

La protección en materia
de salud laboral prima el
**acoso sexual y el acoso
por razón de sexo**



Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016

se proponen “acciones de estudio, formación e información sobre salud laboral y la prevención de los riesgos laborales de mujeres, **incidiendo en las características de sus condiciones de trabajo**, con la finalidad de detectar y de prevenir sus causas, la protección, promoción y mejora de la salud laboral”

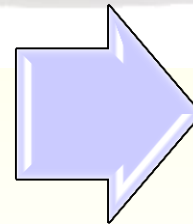
D.A. 53ª LGSS, ex Ley 39/2010: extiende la **protección por contingencias profesionales** a un régimen fundamentalmente conformado por mujeres: el Régimen Especial de **Empleados de Hogar**

D.A.5ª Ley 39/2010: reducción de cuotas por cambio de puesto de trabajo por riesgo durante embarazo y/o lactancia





Ley 33/2011, de 4
de octubre, **General
de Salud Pública**:
dedica sus arts. 32 a
34 a la **salud
laboral**



Sin embargo, **no
se realiza
alusión alguna a
la perspectiva
de género**

***Perspectiva de
género, adaptación
de condiciones***

**Ley de prevención
de riesgos
laborales:**

acoso

**Negociación
colectiva:**

***protocolos
anti acoso***

Plan de igualdad

**Jurisprudencia TJUE
TR Ley derechos personas con discapacidad**

Menciones

Art. 27.3 c) LO 3/2007: ordena atender al acoso sexual y al acoso por razón desde la prevención de riesgos laborales o salud laboral

Art. 5.4 LPRL: integración de la perspectiva de género en la salud laboral

Art. 7.4 del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad (RD Legislativo 1/2013, 29 nov)



• Cuestiones

1. ¿la influencia de la violencia de género doméstica debe tenerse en cuenta para valorar el índice de impacto de otros factores psicosociales en el trabajo?
2. **¿es prevenible el riesgo para la salud que supone la falta de medidas empresariales facilitadoras de la *conciliación de la vida familiar y laboral*? Y, en consecuencia, ¿es obligación prevetiva y pueden derivarse responsabilidades para la **empresa que deniega un derecho para conciliar la vida familiar y laboral**, v.g., amparándose en razones organizativas, si la trabajadora acaba desarrollando una patología mental como consecuencia de las dificultades para conciliar horarios?**
3. ¿es factor de riesgo la segregación de géneros presente en la empresa, claramente masculinizada o feminizada? Es jurídicamente relevante

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad

No incluye acciones en salud laboral (sí flexibilidad jornada para conciliación... y teletrabajo)

Texto Refundido de los derechos de las personas con discapacidad

Adaptación de condiciones
Ajustes razonables



IV

HERRAMIENTAS PREVENTIVAS DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA



Claro origen pluricausal de la precariedad de la salud femenina, y su interacción conjunta con los de origen laboral,

pero la actuación preventiva es altamente compleja

la **salud femenina** se encuentra afectada por múltiples factores asociados a **roles y a estereotipos de género**, así como al empleo de **patrones supuestamente neutros** en el propio diseño de los mecanismos de prevención de los riesgos laborales



Herramientas preventivas desde la perspectiva jurídica

1. Integración de la **perspectiva de género** en la **evaluación de los riesgos laborales: visibilización**

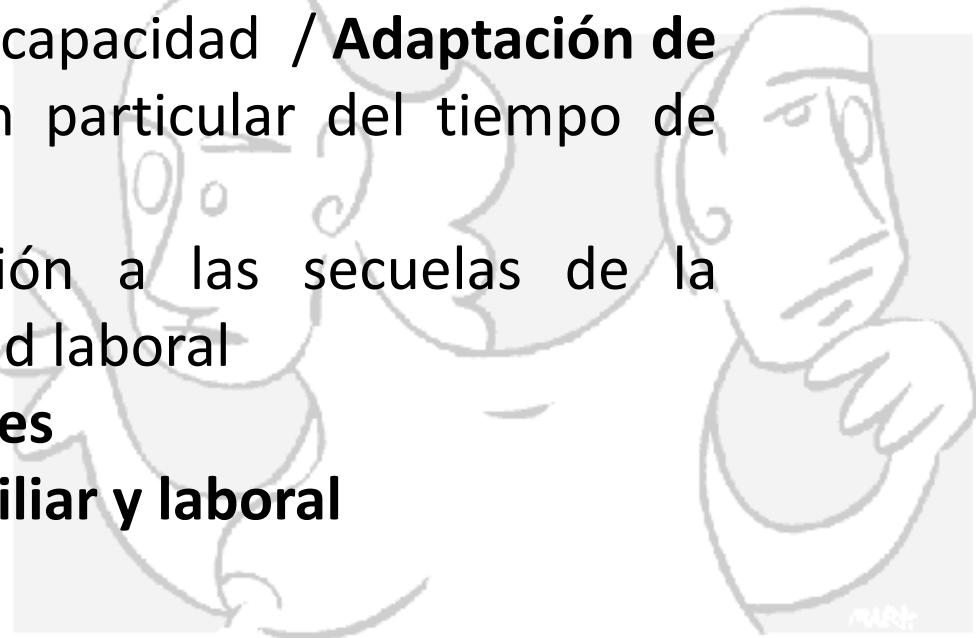
2. Integración de la **perspectiva de género** en la **adopción de medidas preventivas**

3. Conciliación del trabajo con los **problemas de salud crónicos** en el marco de la discapacidad / **Adaptación de condiciones de trabajo** y en particular del tiempo de trabajo

4. Integración de la atención a las secuelas de la **violencia de género** en la salud laboral

5. **Acoso y riesgos psicosociales**

6. **Conciliación de la vida familiar y laboral**



1. Integración de la perspectiva de género en la evaluación de los riesgos laborales

algunas incorporan ya la perspectiva de género

ISTAS (<http://www.istas.net/>)

reconoce explícitamente que “en las evaluaciones de riesgos se deben incluir **indicadores que evidencien las posibles diferencias de género**. Esto raramente se hace”

¿cómo se actúa para garantizar la integración de esta perspectiva en la evaluación de riesgos?

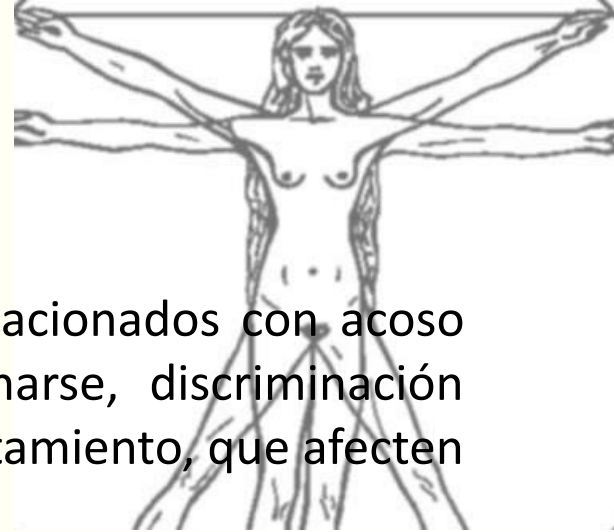
Con **recomendaciones**:

“Las siguientes son ejemplos de preguntas que pueden ser pertinentes:

- ¿Qué ocurre cuando las mujeres ocupan puestos de trabajo diseñados sobre un patrón supuestamente neutro que es, en realidad, masculino?
- ¿Se tiene en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres cuando se suministran herramientas y equipos de trabajo?
- ¿Hace falta utilizar indicadores biológicos diferenciales, que contemplen las alteraciones de la menstruación?

Integración de la perspectiva de género en la evaluación de los riesgos laborales

ISTAS (<http://www.istas.net/>)



“También debería evaluarse si existen riesgos relacionados con acoso sexual, segregación y dificultad para promocionarse, discriminación salarial o exigencias en cuanto a imagen o comportamiento, que afecten a las mujeres.

Además, cuando se identifica un riesgo y se diseñan medidas preventivas, a menudo no incorporan las necesidades de las mujeres. Incorporar criterios para poder valorar y ofrecer soluciones a estos problemas de salud, no sólo es un avance para mejorar las condiciones de trabajo de las mujeres, también implica el reconocimiento de las personas que están detrás de cada puesto de trabajo, humanizando la técnica y poniéndola al servicio de las trabajadoras y los trabajadores”.

Integración de la perspectiva de género en la evaluación de los riesgos laborales

Factores específicos de riesgo a examinar serían los factores de discriminación:

- 1. salarios**
- 2. prolongación de la jornada sin retribución**
- 3. participación en la toma de decisiones**, en los puestos directivos o de relevancia en las organizaciones donde prestan servicios,
4. precariedad laboral,
5. compensaciones laborales,
6. temor a la pérdida del empleo con ocasión del embarazo o la maternidad,
7. “exigencia del trabajo” (trabajar muy rápido, atender varias tareas al mismo tiempo y trabajar con plazos muy estrictos),
8. “falta de autonomía”,
9. realización de tareas monótonas y repetitivas, propias de los trabajos poco cualificados
10. imposibilidad de poner en práctica sus propias ideas
11. consideración del trabajo por compañeros y superiores
12. “falta de apoyo social de los compañeros”
13. agresiones verbales, rumores o aislamiento social
14. discriminación sexual o discriminación por razón de género
15. ...

2. Integración de la perspectiva de género en la adopción de medidas preventivas

Ergonomía

talla, peso y características físicas de la persona

planes de igualdad

Organización y medición del trabajo

*la **eficacia** (criterio femenino)
frente al **presentismo** (criterio masculino)*

sensibilidad femenina en los procesos de **negociación colectiva** mediante la incorporación de mujeres en dicho proceso



3. Conciliación del trabajo con los problemas de salud crónicos en el marco de la discapacidad

herramientas orientadas a la evaluación de los riesgos laborales de las personas con enfermedades crónicas (v.g. INSHT)



**STJUE de 11 de abril de 2013, asuntos
acumulados C-335/11 y C-337/11**

**equipara las enfermedades crónicas
o de larga duración que provoquen
limitaciones con la discapacidad**

Principio de adaptación del trabajo a la persona y ajuste razonable

incidencia de la última jurisprudencia del TJUE y del TR de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre):

enfermedad crónica, discapacidad y adaptación de condiciones



fundamento legal

art. 36.5 ET

arts. 15.1 d) y 25 LPRL

arts. 2 m) y 10.2 y 40.2 TR *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*



alcance

*Cambio de puesto de trabajo
Adaptación de condiciones
En particular adaptación de
jornada (reducción)*

STSJ de Navarra número 65/2009, de 25 de marzo:
este derecho **implica la posibilidad de exigir un cambio de puesto de trabajo**, pero el derecho no es ilimitado del empleado ni abarca la potestad de rotar por cualquier puesto de la empresa, sino únicamente dentro de los límites propios de la profesión para la que fue contratado el trabajador

especial sensibilidad conocida en el momento de conocer la prestación de servicios &

especial sensibilidad sobrevenida con posterioridad

Principio de adaptación del trabajo a la persona

Principio de ajuste razonable

Fundamento legal

Directiva 78/2000

STJUE de 11 de abril de 2013, asuntos acumulados C-335/11 y C-337/11 (*Jette Ring y Lone Skouboe Werge*)

TR de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (RDLeg 1/2013, 29-11), art. 40.2

Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 2

Contenido

- obligación de adoptar “medidas adecuadas, es decir, medidas eficaces y prácticas para acondicionar el lugar de trabajo en función de la discapacidad, por ejemplo adaptando las instalaciones, equipamientos, pautas de [tiempo de] trabajo, asignación de funciones o provisión de medios de formación o encuadre
- pueden abarcar la de reducción de la jornada de trabajo, dentro de las adaptaciones del tiempo de trabajo

concepto de discapacidad: enfermedad crónica y discapacidad

enfermedad diagnosticada médicamente como curable o incurable que acarrea una limitación, derivada de dolencias físicas, mentales o psíquicas, cuando esta condición, al interactuar con diversas barreras, *pueda impedir la participación plena y efectiva de la persona en la vida profesional en igualdad de condiciones con los demás trabajadores*

Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre

art. 40.2

“los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa, en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario”

- no explicita su aplicabilidad a la prevención de riesgos laborales en cuanto a la normalización del puesto de trabajo después y no antes de la contratación (a la que se alude en el art. 42 respecto de la cuota de contratación de personas con discapacidad para empresas con plantillas de cincuenta trabajadores o más),
- pero a tenor de la jurisprudencia comunitaria, conforme a la cual debe interpretarse, cabe responder afirmativamente

cuestiones clave

¿Una **enfermedad crónica** puede en sí misma, y cuando médicamente se aconseje un cambio de condiciones de trabajo, justificar la necesidad de adaptación de condiciones de jornada, horario, ergonomía, puesto...?

Respuesta afirmativa ex art. 25 LPRL y ex genérico deber preventivo del art. 14 LPRL

Pero en tal caso ¿cuál es el alcance de la obligación empresarial de realizar estas adaptaciones?



Derecho a exigir el cambio a la empresa, que únicamente podrá hacer valer en contra la imposibilidad técnica o **excesiva carga** que le supone realizar la modificación

en caso de disputa, son los jueces nacionales quienes deban determinar si efectivamente se da esta circunstancia





**Muchas gracias por la paciencia y
atención !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**



pilar.rivas.vallejo@ub.edu