


[mapa del web](#) [contactar](#)

 buscador del ministerio
 

[Inicio](#)
[Novedades y actualidad](#)  
[Formación](#)
[Presentación INSHT](#)  
[Estadísticas](#)
[Documentación](#)  
[Estudios e investigación](#)
[Normativa](#)  
[Homologación y Control de Calidad](#)
[Organizaciones](#)  
[Enlaces de interés](#)
[Inicio](#) → [Documentación](#) → [Bases de datos](#) → [Notas Técnicas de Prevención](#) → [NTP-e](#)

## Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (II): recomendaciones preventivas

Les troubles musculo-squeletiques des fêmmes: recommandations preventives  
 Women's musculoskeletal disorders: recommendations on prevention

### Redactora:

Sofía Vega Martínez  
 Lda. en Psicología

CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO

### Análisis de causas: El informe de la Agencia Europea

Una de las conclusiones del informe de la Agencia Europea es que se ha producido una subestimación de los riesgos de las trabajadoras y una falta de reconocimiento del impacto del trabajo en la salud de las mujeres. Esta situación se debería a la combinación de varios factores:

- Los tópicos e ideas preconcebidas sobre la ligereza del trabajo femenino, íntimamente relacionados con la fuerte segregación ocupacional
- El modelo preventivo tradicional, neutro en cuanto al género, pero basado en el patrón de referencia del trabajo de los hombres
- La falta de representatividad de las mujeres en las instancias donde se toman decisiones, también sobre su salud en el trabajo

De esta forma entraríamos, como dice K. Messing (ver **figura 1**) en una especie de círculo vicioso difícil de romper: Los hombres hacen el trabajo duro y peligroso, las mujeres hacen el trabajo ligero y seguro; así que son los hombres quienes tienen riesgo de padecer TME. Siguiendo esa lógica, como el trabajo de las mujeres es ligero y seguro, y además las mujeres son más débiles y tienden a quejarse más a menudo, entonces no hace falta estudiar nada más, porque cualquier diferencia será atribuida a las diferencias biológicas o psicológicas. Algunos de los aspectos que se analizan son los siguientes:

- Un **marco legal** con un enfoque "neutro desde el punto de vista del género", que toma las cuestiones de salud laboral partiendo de un trabajador/a abstracto, cuyo referente implícito es la normalidad del trabajo masculino. Por ejemplo, frente a un problema de magnitudes casi epidémicas, como son los TME, la legislación comunitaria regula específicamente sólo uno de los tres factores fundamentales, el manejo manual de cargas; lo regula contemplando principalmente el riesgo dorso-lumbar, en unas condiciones que se aplican de manera general más al trabajo

masculino que al femenino, y resulta limitado para situaciones en las que se combinan diversas exigencias físicas además del levantamiento. Los movimientos repetitivos y las posturas forzadas, los dos factores que más afectan a los puestos ocupados por mujeres, no cuentan con legislación específica.

- Más dificultades para el **reconocimiento del daño**, debidas en parte a que las mujeres suelen estar sometidas a patrones de exposición que hacen que sus efectos en la salud sean de tipo multicausal y complejo. Muchas mujeres pasan por la situación de que sus síntomas en el trabajo no conduzcan a diagnóstico alguno, o en el mejor de los casos, que el diagnóstico se asocie a causas psicológicas. Algunos estudios muestran que es más fácil para los hombres que se acepten sus reclamaciones por trastornos de salud relacionados con el trabajo. Incluso teniendo el mismo trabajo, una mujer tiene mayor probabilidad de encontrar dificultades para que se reconozca el origen laboral de su daño, y se le compense económicamente por ello.
- El **tratamiento de la información**, que muestra la diferente atención que se presta a los riesgos laborales de los hombres y las mujeres. Por ej, en las estadísticas sobre EE.PP no aparece la variable sexo, ni de manera independiente, ni combinada con la ocupación, el sector, o el tipo de patología. No es posible conocer, por tanto (a no ser que se haga una explotación específica de los datos) cuántos hombres y mujeres han sido diagnosticados de enfermedad profesional de tipo músculo-esquelético, en qué rama de actividad trabajan, o cuáles son las ocupaciones con mayor número de casos en cada sexo. En muchos estudios se analizan conjuntamente ambos sexos, lo que diluye las diferencias relevantes de género, y esconde las asociaciones de ambos géneros con las condiciones de trabajo. Otras veces se trata el sexo como variable independiente, lo que puede generar importantes errores a la hora de interpretar los resultados.
- Ciertas **limitaciones metodológicas**, ya que en prevención se ha prestado más atención a las exposiciones con altas demandas y físicamente pesadas/ duras como el manejo manual de cargas, el ruido o el polvo, ambientes de trabajo donde se encuentran mayoritariamente hombres. A menudo las valoraciones técnicas utilizan un concepto de carga física relacionado sólo con el trabajo dinámico, vinculado al gasto energético; se desprecia el esfuerzo físico exigido por tareas donde el peso es menor pero hay una elevada frecuencia y/o posturas forzadas (características de los trabajos de muchas mujeres).

**Figura 1**  
**El círculo vicioso de las actividades de prevención en el trabajo de las mujeres (K. Messing, 1999)**



Es más difícil establecer estándares, análogos a los existentes en el levantamiento de cargas, para las exigencias típicas de muchos puestos ocupados por mujeres, donde habría que valorar cuestiones como el trabajo muscular estático, el esfuerzo que implica estar de pie prolongadamente, el número de repeticiones, el valor de los objetos con peso ligero, o las micropausas. Se necesita más investigación sobre maneras de describir los parámetros relevantes del trabajo estático, y cuáles son los niveles máximos aceptables, o el efecto en TME de exposiciones combinadas (por ej, apenas son conocidos los efectos ME del trabajo estático o repetitivo en combinación con exposiciones al frío o al calor).

Por otra parte, las demandas físicas de los trabajos intensivos feminizados a menudo son calificadas a priori como menos intensas que los trabajos típicamente desarrollados por hombres. Por eso es imprescindible el uso de técnicas cualitativas, si bien es cierto que gozan de menor credibilidad entre algunos profesionales, que son reacios a utilizarlas. Existe también una tendencia al excesivo tecnicismo, no siempre se tienen realmente en cuenta las experiencias y opiniones individuales y colectivas de los trabajadores/as, lo que comporta un sesgo en la intervención sobre los problemas y sus dimensiones reales.

En resumen, adoptar un enfoque neutro en cuanto a política y legislación ha contribuido a que se destinen menos recursos y menor atención hacia los riesgos laborales de las mujeres y su prevención. Además, como los problemas de salud que tienen las mujeres en el trabajo son menos visibles que los de los hombres, se les concede menos importancia, se legisla y regula menos sobre ellos, se investiga menos, se dedican menos recursos económicos, se les presta menos atención y se les da menos prioridad.

Promover la igualdad es un área prioritaria de la política social europea, y eso incluye igualdad en las condiciones de trabajo. Por otra parte, proporcionar puestos de trabajo seguros y saludables forma parte del objetivo de mantener la empleabilidad. La neutralidad de género representa un fallo a la hora de reconocer que el género es esencialmente determinante en los resultados de salud y bienestar. Se trata de ir introduciendo la habilidad para percibir las diferencias existentes entre géneros, resultados e inequidades, e incorporarlas en las estrategias y acciones preventivas. Se trata de introducir el género en la recopilación y análisis de datos. Las directivas, recomendaciones y límites de exposición deberían desarrollarse y evaluarse bajo este prisma, y se requieren métodos con más sensibilidad de género para poner en práctica las recomendaciones y normativas.

Por último, se trata también de poner en marcha acciones que faciliten la participación de las trabajadoras en las distintas etapas y actuaciones preventivas. Las necesidades particulares de las mujeres han recibido poca atención en el establecimiento de las políticas de promoción de la salud, ya que las mujeres no están presentes en la toma de decisiones en este ámbito, ocupan una posición secundaria e invisible.

## **Un enfoque metodológico: La escuela francesa de ergonomía**

Como planteamiento metodológico general, diversos autores recomiendan utilizar el enfoque de la escuela francesa de ergonomía (Wisner et al., 1967; Laville, 1976; Teiger, 1977; Garrigou et al., 1995; Montmollin, 1994; Guérin et al., 1997), que recibe diversos nombres: *análisis ergonómico participativo, investigación acción, etc.* (ver **tabla 1**).

Basada en el análisis ergonómico de la actividad real de trabajo, las técnicas de recogida de información que se utilicen deben aplicarse a la actividad (el trabajo real: lo que el trabajador/a realmente hace y cómo), que se diferencia de la tarea (trabajo prescrito: la que está establecida, incluso por escrito). Esta sería una de las bases de este enfoque ergonómico francés.

Centrándose en las estrategias desarrolladas por las personas en su tarea, esta metodología integra la observación de la actividad de trabajo, y entrevistas con trabajadores/as e informantes clave como herramientas fundamentales, combinadas con el uso de técnicas cuantitativas, el análisis de distintos tipos de documentación (registros de accidentes, absentismo, etc), el uso de cuestionarios y la aplicación de distintos instrumentos de medida más o menos sencillos.

El objetivo de la intervención siempre es responder a un problema y encontrar soluciones, pero el método en sí mismo proporciona amplia y rica información sobre las condiciones de trabajo. Para ello identifica y analiza las operaciones críticas a partir del conocimiento general del entorno del puesto de trabajo.

Este tipo de estudios suelen ser de carácter local, a nivel "micro", afectando a pocos puestos y trabajadores/as. Implica una serie de etapas:

- análisis de la demanda: definición del problema
- análisis preliminar: entrevistas colectivas, análisis de documentos, observación
- observación y análisis sistemático de la actividad real de trabajo
- resultados del proceso
- búsqueda de soluciones, que implica siempre una validación de las propuestas sugeridas

En este modelo metodológico la consideración del sexo del trabajador/a enriquece el análisis ergonómico de los puestos y sus exigencias, La observación es especialmente necesaria porque muchas mujeres a menudo subestiman el esfuerzo que ejercen. Las propuestas de mejora son validadas mediante su presentación a los trabajadores/as afectados; se recogen también las opiniones de mandos intermedios, Comités de Seguridad y Salud y, en ocasiones, de otros grupos de trabajadores/as.

La ergonomía participativa parece ser especialmente eficaz y factible para implicar a los trabajadores/as en el proceso que se esté llevando a cabo, y para producir mejoras continuas en las condiciones de trabajo. Es decir, su uso podría estar indicado no sólo en la evaluación de riesgos, sino en otras actividades preventivas de nuestro marco legal vigente, como el seguimiento y control periódicos, y la evaluación de la eficacia de las mejoras realizadas.

### **TABLA 1** **Algunas características del enfoque de la ergonomía francesa**

- Estimular la investigación participativa orientada a la acción; este enfoque ofrece a los trabajadores/as un control real sobre la investigación que les permite hacerla suya, y que lleva finalmente a transformaciones en sus condiciones de trabajo.
- Que las investigaciones incluyan a las mujeres como sujeto, estudiar los problemas inherentes a los empleos generalmente ocupados por ellas
- Métodos de investigación cualitativos para complementar los cuantitativos
- Observación de la actividad como elemento importante en la investigación en salud laboral, dado que los riesgos típicos de los empleos de mujeres son más difíciles de identificar

- Proponer y usar indicadores y registros que incluyan informaciones sobre el sexo del sujeto

La capacidad individual de los trabajadores/as independientemente de la edad y sexo, debería ser el parámetro para la ejecución y demandas solicitadas a cada persona. Los estándares a nivel general deben adoptarse para proteger adecuadamente a la población más vulnerable de los trabajadores/as de cualquier condición. Se trata de proteger legalmente a quien lo necesite en base a sus condiciones de exposición al riesgo, independientemente del sexo que tenga.

## Actividades preventivas específicas

Cualquier empresa puede hacerse algunas preguntas sencillas para saber si se está incorporando la variable género en su actividad preventiva: ¿los puestos ocupados por mujeres se han evaluado? ¿la evaluación de riesgos contempla realmente todos los riesgos? ¿a qué colectivo se dirigieron mayoritariamente las acciones formativas realizadas el año pasado? ¿se practicó algún tipo de adaptación ergonómica en los puestos ocupados por trabajadoras? ¿y en los ocupados por trabajadores? ¿Qué podemos hacer los distintos agentes de la prevención en el día a día para introducir la dimensión de género en nuestras actividades?

El primer objetivo será visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres. Una de las recomendaciones es aplicar estrategias o políticas específicas: identificar los riesgos de los empleos típicamente femeninos y establecer programas específicos de reducción de riesgos como los movimientos repetitivos o el permanecer mucho tiempo de pie. Centrar actuaciones en las áreas donde haya más puestos ocupados por trabajadoras. Las empresas que ocupen un alto número de mujeres deberían potenciar actuaciones dirigidas a:

1. Identificar problemas: asegurarse que los riesgos son correctamente evaluados.
2. Desarrollar programas específicos que aseguren que las necesidades de las trabajadoras son tenidas en cuenta en la actividad preventiva (formación e información, normativas, participación de las trabajadoras en CSS, investigación de daños...).
3. Proponer programas especiales cuando una ocupación lo requiera.

En la **tabla 4** se recoge diversas recomendaciones preventivas clasificadas por tipos de actuación.

## Pautas genéricas

Las empresas deben asegurarse que las normas y medidas implementadas se aplican a todos los colectivos, independientemente del tamaño, la tarea, el tipo de contrato o el lugar donde desarrollan el trabajo. Olvidar a colectivos con contratos temporales, a tiempo parcial, o que realizan tareas que no son la principal de la empresa (por ej, limpieza) implicará una mayor probabilidad de dejar fuera del diagnóstico de situación a trabajadoras, las más numerosas en ese tipo y condiciones de empleo. A menudo estos colectivos son olvidados en la actividad preventiva: no se evalúan sus riesgos, o no con el detalle que a otros colectivos laborales; no tienen voz, no están representados en los órganos donde se discuten y deciden los problemas; no se les da formación en prevención; no se les ofrecen reconocimientos médicos...



Los trabajos típicamente femeninos pueden tener exposiciones específicas que escapen a la atención de los técnicos. Deben evitarse tópicos e ideas preconcebidas sobre lo ligero del trabajo de las mujeres, y evaluar a fondo la exposición laboral. A menudo existe una división informal de tareas en función del género: jardineros que cavan, jardineras que colocan plantas; ayudantes de supermercado que reponen mercancía en el almacén y ayudantas que hacen de cajeras, etc. Por ello es especialmente importante analizar la actividad real de trabajo y el uso de técnicas cualitativas.

Tampoco es aconsejable utilizar el nombre del puesto o categoría ocupacional como sinónimo de la exposición laboral a los riesgos, porque la segregación de tareas en función del género puede sesgar la posterior comparación de efectos en la salud entre hombres y mujeres. Por ej, al hacer la evaluación de riesgos, deberá comprobarse si hombres y mujeres trabajan en un mismo puesto, desarrollan las mismas tareas y de la misma manera. También sería bueno sensibilizar a los principales colectivos implicados (técnicos en prevención, inspectores de trabajo, delegados, directivos y mandos intermedios, etc), entrenarles en prácticas no sexistas, y para que detecten sesgos sistemáticos de género: herramientas y prácticas preventivas.

La participación de las mujeres es esencial para que sus preocupaciones se tengan en cuenta a la hora de realizar el análisis de sus condiciones de trabajo y para fomentar su implicación en la acción colectiva necesaria para transformar esas condiciones. Las mujeres usan menos la palabra, tienen menos conciencia de grupo, relacionan menos sus molestias con los riesgos laborales, y están ausentes de las instancias donde se decide la política preventiva. Deben buscarse espacios de propuestas propios para las trabajadoras, hacer esfuerzos para integrarlas plenamente en los procesos formativos, incluyendo en ellos problemas específicos de género. Deben establecerse medidas para garantizar la participación activa de las mujeres, la expresión de sus experiencias y percepciones, en todas las fases de la actividad preventiva: identificación y valoración de los riesgos, establecimiento de prioridades, elección e implementación de las soluciones preventivas.

## Identificación y evaluación de riesgos

Como primera etapa de la actividad preventiva, deben identificarse los riesgos para la salud, y no sólo para la seguridad. Por tanto, la identificación y evaluación de riesgos deben contemplar también los de carácter ergonómico. Analizar las condiciones de trabajo de las mujeres teniendo en cuenta que los riesgos de TME abarcan posturas inadecuadas, movimientos repetitivos y manipulación de cargas.

No se trata de hacer una evaluación de riesgos ergonómica general y después hacer una evaluación específica de los puestos ocupados por mujeres, como si fueran especialmente sensibles, o un "grupo de riesgo". Se trata de introducir la dimensión de género de manera transversal. Actualmente, en nuestro país sólo existe normativa específica sobre dos aspectos con una incidencia directa en los TME (la manipulación de cargas que entrañe riesgo dorso-lumbar, y el trabajo con pantallas de visualización), amén de algunos otros elementos (condiciones de iluminación, confort térmico, y referencias dimensionales y antropométricas generales relativas a equipos de trabajo, epi's, etc.) contemplados de manera menos exhaustiva. Ello no implica, sin embargo, que otras condiciones de trabajo que pueden aumentar la probabilidad de TME, pero que no disponen de legislación específica, queden fuera de las actividades preventivas.

De hecho, el **RSP** (art. 5.3) ya contempla esta posibilidad, estableciendo para los casos en que no exista normativa específica, o esta no sea lo suficientemente concreta, las referencias técnicas que pueden utilizarse para dar cumplimiento a la obligación de evaluar los riesgos para la salud que no hayan podido evitarse. En el caso de los TME, existen

numerosas referencias técnicas y diversos instrumentos con suficiente garantía, que permiten identificar y valorar riesgos habituales en la actividad laboral de muchas trabajadoras (en la **tabla 2** se recuerdan algunos de ellos).

**TABLA 2**  
**Algunos de los métodos de evaluación más conocidos**

FACTOR DE RIESGO	MÉTODO
Posturas forzadas (ver <b>NTP 452, 601</b> )	Ovako Working posture Analysing System (OWAS, 1977) Rapid Entire Body Assessment (BEBA, 2000)
Movimientos repetitivos (ver <b>NTP 629</b> )	Rapid Upper Limb Assessment (BULA, 1993) Occupational Repetitive Actions (OCRA, 1996, 2000)
Manipulación cargas (ver <b>NTP 477</b> )	Ecuación revisada NIOSH (1994)
Varios factores (ver <b>NTP 387</b> )	Ergo- IBV (1997) Ergonomic Workplace Analysis (EWA, 1989)

Los factores de riesgo músculo-esquelético están incluidos en el marco legal general (**LPRL** y **RSP**), y por tanto sujetos a la obligación de ser detectados, evitados y sino evaluados, corregidos, y sometidos a control periódico, como cualquier otro aspecto que pueda afectar a la salud relacionada con el trabajo. El hecho de que tengan o no legislación específica propia no exime, ni legal ni técnicamente, de dichas obligaciones.

La identificación de los riesgos debe hacerse a partir de la situación real de trabajo, no sólo partiendo de la definición del puesto, la categoría profesional, o la descripción formal de tareas. En la práctica, puede haber importantes desviaciones entre esa descripción teórica del puesto y la actividad real de trabajo, que es la que en cualquier caso debe recogerse en la evaluación de los riesgos. Pero si además estamos evaluando puestos donde hombres y mujeres trabajan en una misma categoría, o puestos en origen masculinos y actualmente ocupados por mujeres, esa diferencia entre lo formal y lo real puede ser aún mayor. Por ej. las diferencias entre un hombre y una mujer en la forma de ejecutar una tarea con exigencia física pueden hacer variar los factores más determinantes a tener en cuenta técnicamente para la evaluación del riesgo ergonómico del puesto.

Dos de las herramientas más útiles para identificar los riesgos son la observación y la entrevista. Observaciones de la actividad real de trabajo, lo que implica necesariamente tiempo, una preparación previa, y a menudo alguna guía que conduzca y ayude a detectar lo importante, pero que no limite en exceso. Entrevistas semiestructuradas preguntando a las personas cuáles son sus problemas en relación con el trabajo, y animando especialmente a las trabajadoras a que expresen los aspectos de su trabajo que consideran relacionados con su salud.

Introducir la visión de género en este punto significaría, por ejemplo, no dar por supuesto que las tareas desarrolladas por las trabajadoras implicarán menos riesgos, o menos importantes. Asegurarse que tanto observaciones como entrevistas se realizan con muestras representativas de ambos géneros, si un puesto es desempeñado indistintamente por hombres y mujeres. Comprobar en especial las diferencias que puedan darse en la forma de trabajar o en las percepciones y opiniones sobre la salud entre ambos géneros.

En este sentido, otra recomendación interesante, no sólo para la identificación o evaluación de riesgos, sino para todo el proceso, es utilizar metodologías cualitativas como los círculos de salud, los grupos de discusión u otras técnicas grupales que permiten obtener mucha información, implicar a las personas y lograr mayor compromiso. En ocasiones, una dinámica grupal sólo con mujeres permitirá obtener muchos más resultados que una mixta, ya que el rol laboral está fuertemente masculinizado y eso incide en la libertad que las trabajadoras puedan sentir para expresar sus necesidades o preocupaciones en cuanto a salud relacionada con el trabajo, y en la propia percepción que hombres y mujeres tienen de la relación entre el trabajo y la salud.

Por último, en el momento de la priorización debe tenerse en cuenta que muchos métodos generales utilizan criterios que conceden mayor importancia a los daños físicos y de carácter inmediato, con lo que los riesgos ergonómicos y psicosociales quedarían siempre en un segundo plano. Estaría de nuevo infravalorándose los riesgos más comunes en los trabajos desarrollados por mujeres, por lo que habrá que tener en cuenta otros factores como el número de expuestos, la frecuencia de exposición al riesgo, el grado de conocimiento de las causas del problema, etc. y no sólo sus consecuencias.

### Introducción de indicadores de salud

La vigilancia de la salud bien entendida (es decir, no limitada a los reconocimientos médicos) deberá basarse en dos pilares básicos: las características de la exposición a los riesgos, convenientemente identificados y evaluados, y las características generales de los TME como efecto "esperable" para dicha exposición (ver **tabla 3**).

Una de las formas de ir introduciendo paulatinamente la dimensión de género en el abordaje de los TME es diseñar una vigilancia más eficaz sobre la salud ocupacional de las trabajadoras.

**TABLA 3**  
**Algunas características de los TME de miembro superior**

• Evolución lenta
• Origen multicausal
• Aparición de patologías asociadas
• El trabajador/a no las asocia con el trabajo
• Dificultad de diagnóstico y reconocimiento como patología laboral
• Tratamiento largo, seguido de rehabilitación
• Frecuente continuidad de la exposición
• Pueden generar incapacidad, pérdidas funcionales

- Hacer una buena evaluación de riesgos, en la que se incluya un estudio inicial del estado de salud ME de los trabajadores/as: indicadores sanitarios con variada utilidad preventiva
- Seleccionar los procedimientos diagnósticos y de seguimiento. Pueden ser de utilidad los protocolos de vigilancia sanitaria específica editados por el Ministerio de Sanidad



sobre posturas forzadas, movimientos repetidos de miembro superior, neuropatías por presión, pantallas de visualización de datos y manipulación manual de cargas. En cualquier caso, los profesionales sanitarios deben usar protocolos que partan del conocimiento de las circunstancias de la exposición.

- Establecer indicadores de salud relacionados con las condiciones de exposición a los riesgos, y que contemplen las peculiaridades de los TME; algunos ejemplos:
  - Registrar sólo los accidentes de trabajo supondrá prestar atención preventiva sólo, o mayoritariamente, a los riesgos de los trabajadores de género masculino.
  - Actuar sólo en los casos con diagnóstico médico implicará perder un tiempo muy valioso desde el punto de vista preventivo. Durante los meses o incluso años que la evolución del trastorno puede durar, no se estaría recogiendo información sobre las condiciones de exposición, y por tanto no se estarían detectando precozmente posibles riesgos ni sus efectos en la salud, con lo que se desaprovecharían oportunidades para realizar prevención secundaria.
  - Muchos TME no suelen manifestarse de manera inmediata ni contundente, por tanto habrá que establecer registros periódicos de sintomatología, quejas o molestias, y pensar bien el cuándo y cada cuánto se registra la información.
- Diseñar una vigilancia de tipo epidemiológico que permita analizar, por ejemplo, qué efectos en la salud presentan hombres y mujeres que realizan el mismo tipo de tareas, en los mismos puestos de trabajo: si presentan el mismo tipo de patologías, si el tiempo de exposición es distinto, si las diferencias biológicas (por ejemplo, las antropométricas) explican diferentes efectos trabajando con los mismos equipos, etc. Este tipo de datos sería especialmente provechoso en empresas grandes, y permitiría estudiar la evolución temporal del estado de salud de los trabajadores/as.

La vigilancia de la salud se ocupa sobre todo de señales e indicadores colectivos. Previamente ya existe una idea de qué alteraciones (por ej, qué síntomas) cabe encontrar en unas determinadas condiciones de trabajo; en base a eso y a los objetivos preventivos que se hayan establecido, se seleccionará la información útil. Por ejemplo, la consulta de los registros de estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de una empresa no suele proporcionar mucha información sobre los TME en las trabajadoras, pero en cambio registros sobre la percepción de malestar y dolor ME en sus primeras fases pueden convertirse en instrumento de detección precoz de estas alteraciones de la salud.

Los indicadores de salud pueden usarse como fuente de información para identificar riesgos poco conocidos, para evaluar la eficacia de las medidas preventivas aplicadas. Pueden incluir un amplio abanico de fuentes de información: evaluaciones periódicas de salud y exámenes médicos; estudios de absentismo por enfermedad; historia clínico-laboral de cada trabajador/a en la que consten las distintas exposiciones a riesgos, dolencias, resultados de la exploración, análisis o estudios complementarios.

#### **TABLA 4**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No usar el nombre del puesto o la profesión como sinónimo de exposición a determinados riesgos o daños.</li> </ul>
--	---

<p><b>GENERALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar los tópicos y las ideas preconcebidas.</li> <li>• Tomar en consideración a toda la mano de obra, sin olvidar colectivos como limpieza, recepción, trabajadores/as de ETT contratas, tiempo parcial, los que están de baja en el momento de la intervención, etc.</li> <li>• Favorecer la participación los trabajadores/as en todas las etapas preventivas.</li> <li>• Proporcionar formación/información a los distintos agentes implicados en la empresa para evitar prácticas sexistas, sesgos sistemáticos de género, y establecer los objetivos y procedimientos pertinentes.</li> </ul>
<p><b>IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordar todo los riesgos para la salud, no sólo los de seguridad</li> <li>• En los riesgos ergonómicas, incluir no solo el sobreesfuerzo y manipulación, sino también las posturas y los movimientos repetitivos.</li> <li>• No dar por supuesto que los trabajos de las mujeres son ligeros, evitar las ideas preconcebidas sobre lo que puede ser trivial.</li> <li>• Identificar y evaluar las exigencias físicas de los riesgos de los empleos tradicionalmente ocupados por mujeres.</li> <li>• Analizar la situación real de trabajo: lo que el trabajador/a hace y cómo lo hace.</li> <li>• Utilizar dinámicas grupales y técnicas cualitativas: observar y preguntar de forma estructurada a trabajadores y trabajadoras sobre los problemas en su trabajo</li> <li>• Analizar muestras representativas de ambos géneros si desarrollan las mismas tareas.</li> </ul>
<p><b>INTRODUCCIÓN DE INDICADORES DE SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir y justificar los objetivos y metodología de la vigilancia de la salud en riesgo de TME; incluirla en los planes de prevención.</li> <li>• Incluir un registro del estado de salud de los trabajadores/as en la evaluación inicial de riesgos.</li> <li>• Utilizar protocolos médicos que partan del conocimiento de las circunstancias de la exposición.</li> <li>• Registro exhaustivo de las molestias y daños ocasionados por movimientos repetitivos y posturas forzadas, que facilite el reconocimiento legal del daño cuando se produzca; introducir cuestionarios de sintomatología.</li> <li>• Asegurar que los reconocimientos médicos contemplan las especiales características individuales de cada trabajador/a.</li> <li>• Recoger y analizar por separado datos de hombres y mujeres.</li> <li>• Hacer tratamiento epidemiológico de los datos: evaluar los resultados colectivos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer adaptaciones ergonómicas del puesto pasando por la fase de validación de los cambios.</li> <li>• Adaptar los elementos del diseño del puesto, equipos y tareas que perjudiquen especialmente a las mujeres debido a las diferencias</li> </ul>

### APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS

biológicas.

- Garantizar el mantenimiento periódico de los equipos de trabajo.
- Asegurarse que las mujeres también son incluidas en las actividades formativas y de sensibilización.
- Seleccionar los EPI's teniendo en cuenta las necesidades individuales que incluyan mujeres y hombres fuera de la "media".
- Incluir en las sesiones formativas problemas específicos de género cuando sea el caso.
- Realizar la adaptación del puesto después de una lesión, teniendo en cuenta si el trabajador/a será especialmente sensible.
- Proporcionar rehabilitación cuando sea necesaria.
- Examinar las normas internas de prevención para comprobar si suponen discriminación para las mujeres.
- Asegurarse que las medidas implementadas se aplican a todos los colectivos.
- Establecer programas de prevención específicos para los riesgos que afecten a mayor nº de mujeres, por ej, los movimientos repetitivos.

Por lo que respecta al tratamiento estadístico de los datos, en los casos en que sea indicado realizarlo, tomar el género como factor de riesgo, como variable independiente, no ayuda nada a interpretar la realidad. Deben analizarse por separado los datos de trabajadores y trabajadoras, ya que así pueden examinarse las diferencias en la relación exposición - efecto que haya entre géneros. Los estudios sobre el tema muestran que resulta más adecuado considerar conjuntamente la categoría ocupacional y el género que realizar simplemente comparaciones entre ambos sexos.

Así mismo, debe haber un registro mejor y más actualizado de las EE.PP relacionadas con TME. Es necesario que las bajas se visualicen como relacionadas con las condiciones de trabajo, relacionadas con factores individuales, y recibiendo tratamiento como contingencias comunes.

### Aplicación de medidas preventivas

Los estándares o normas de prevención de una empresa deben proporcionar protección adecuada para los trabajadores/as más vulnerables, de cualquier sexo o edad, y deben basarse en las capacidades individuales de las personas. La elección de los equipos ergonómicos debe hacerse teniendo en cuenta las características del colectivo que las va a usar, permitiendo que los trabajadores/ as prueben y escojan los más aptos para su trabajo. Es decir, las nuevas sillas de una oficina debe probarlas y elegir las los trabajadores/as a quienes van dirigidas, y no escogerlas el técnico de prevención, por muy ergónomo que sea.

Asegurarse que las trabajadoras también son incluidas en las actividades formativas y de sensibilización relacionadas con TME, por ejemplo, evitando hacerlas fuera de horas de

trabajo, aunque sea de forma remunerada, o colocarlas en épocas o días de la semana en que la carga de trabajo de los puestos ocupados por mujeres dificulte la asistencia a las mismas. Tener en cuenta a las trabajadoras a tiempo parcial o temporales.

Los equipos y elementos del puesto, diseñados generalmente para hombres, condicionan el trabajo de las mujeres. El pedal desengrasado de una máquina, o un cuchillo mal afilado pueden suponer mayor riesgo para la trabajadora, que se verá obligada a más sobreesfuerzo o posturas forzadas debido a las diferencias biológicas. Tener en cuenta todos estos pequeños elementos en la revisión periódica de las condiciones de trabajo, y en las tareas de mantenimiento de la empresa. Asegurarse de la adecuación de las condiciones térmicas en trabajos donde a menudo se combinan bajas temperaturas con exigencias de alta repetitividad y precisión en tareas manuales desarrolladas por mujeres; por ej. a menudo en el sector alimentario.

En ocasiones las correcciones en el diseño de un puesto o una tarea son simples y poco costosas. Realizar pequeñas adaptaciones ergonómicas del puesto (modificando la ubicación los elementos: alturas, ángulos, etc), realizando un modelo piloto que sea validado por los propios usuarios, que son los trabajadores/as.

No limitar la formación a las técnicas de manipulación de cargas. El entrenamiento en otras técnicas puede aminorar la exposición a riesgos ergonómicos; por ej, aprender cómo y cuándo afilar cuchillos, o cómo despiezar una carne puede ser útil para las trabajadoras de cadenas de procesado de productos avícolas.

Examinar las normas y reglamentos de prevención en la empresa para comprobar si suponen alguna discriminación sistemática para las trabajadoras, incluyendo la readaptación después de una lesión.

Seleccionar los equipos de protección individual teniendo en cuenta las necesidades individuales que incluyen mujeres, y también hombres fuera de la "media". Cuando se ha producido un daño, el trabajo debe adaptarse a las capacidades de los trabajadores/as según su estado de salud. Asegurarse de que se reduce la carga potenciando el uso de la tecnología adecuada, reasignando a otros puestos acordes con las necesidades de la persona; proporcionando rehabilitación cuando sea necesario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. BRUEL, S., MORENO, N.  
**Salud, mujeres y trabajo. Guía para la mejora de las condiciones de trabajo**  
*Secretaría Confederal de la Mujer de CC.OO.; Madrid, 2004*
2. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK.  
**Gender issues in safety and health at work. A review**  
*Luxembourg, 2003*
3. FORASTIERI, V.  
**Information note on women workers and gender issues on occupational safety and health**  
*International Labour Office, 1999*
4. KARLQVIST, L.  
**The importance of gender sensitive studies of work-related neck and upper limb disorders**

*En: Women's conditions in working life. National Institute for Working Life; Stockholm, 2001*

5. KILBOM, A.

**Work-related musculoskeletal disorders in women - a question of low capacity and/or high demands?**

*En: Women at work. Proceedings of an International Expert Meeting. Finnish Institute of Occupational Health; Helsinki, 1998*

6. MESSING, K.

**Integrating gender in ergonomic analysis. Strategies for transforming women's work**

*TUTB; Brussels, 1999*

7. MESSING, K, KILBOM, A.

**Why study women separately?**

*En: Women's health at work. National Institute for Working Life; Stockholm, 1998*

8. MESSING, K., SEIFERT, AM.

**Listening to women: Action-oriented research in ergonomics**

*En: Women's conditions in working life. National Institute for Working Life, Stockholm, 2001*

9. MONTOYA, A.

**Trabajo de la mujer y prevención de riesgos laborales**

*Aranzadi Social, 2000; 13:63-75*

10. MORENO N, BOIX P

**Vigilancia de la salud de los trabajadores/as**

*Guía sindical de salud laboral; ISTAS, 2000*

11. VEZINA N, TIERNEY D, MESSING K.

**When is light work heavy? Components of the physical workload of sewing machine operators working at piecework rates**

*Applied Ergonomics, 1992; 23 (4):268-276*

12. VOGEL, L.

**La dimensión de género en salud laboral. Primeras conclusiones de una encuesta europea**

*TUTB, 2003*