

Una visión de género a los protocolos de vigilancia sanitaria de la población trabajadora

Javier Campos^a, Elena Ronda-Pérez^b, José María Roel^c, Montserrat García-Gómez^d,
Jerónimo Maqueda^e, María José López-Jacob^f, Lorena María Ivorra^{g,h}

Recibido: 1 Diciembre 2008
Aceptado: 8 Abril 2009

RESUMEN

Objetivo: Los protocolos para la vigilancia de la salud de la población trabajadora constituyen una herramienta básica en la prevención de los riesgos laborales. Los recientes cambios normativos, junto al fuerte incremento del empleo remunerado en las mujeres, plantean la necesidad de revisar su aplicabilidad a las trabajadoras. El objetivo de este artículo es evaluar estos protocolos desde una perspectiva de género.

Método: Se ha analizado el diseño y el contenido de cuatro de los 19 protocolos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo por ocho personas expertas mediante una técnica de consenso estructurado en la que se aplicó una guía para la evaluación de la perspectiva de género basada en el Instrumento AGREE y dividida en cinco áreas generales y 14 ítems específicos.

Resultados: De las cinco áreas consideradas, las mejor valoradas en los cuatro protocolos han sido alcance y objetivos, y participación, siendo las más débiles las de aplicabilidad, salud sexual y reproductiva y riesgos laborales. En los protocolos de Asma Laboral, Manipulación Manual de Cargas y Pantallas de Visualización de Datos seis de las ocho personas expertas recomiendan su mejora desde una perspectiva del género. En el protocolo de Plaguicidas se hace la misma recomendación por unanimidad de todos los expertos.

Conclusión: Es necesario identificar los sesgos de género en los protocolos utilizados para la vigilancia de la salud de la población trabajadora e introducir los cambios necesarios.

PALABRAS CLAVE: Salud laboral, Vigilancia de la Salud, Guías de Práctica Clínica, Género.

OCCUPATIONAL HEALTH SURVEILLANCE PROTOCOLS IN SPAIN: A GENDER PERSPECTIVE

ABSTRACT

Background: Specific occupational health surveillance protocols are essential tools for the prevention of occupational hazards. Recent changes in legislation, coupled with a significant increase in women workforce, necessitate a review of these protocols with respect to their applicability to female workers. The aim of this article is to analyze existing Spanish occupational health surveillance protocols from a gender perspective.

a Agencia Valenciana de Salud. Centro de Atención Primaria de Altea, Alicante, España.

b Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante, Alicante, España.

c Servicio de Especialidades Preventivas. Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo – Centro Territorial de Alicante, Alicante, España.

d Subdirección General de Salud Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.

e Escuela Nacional de Medicina del Trabajo – Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

f Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, Madrid, España.

g Centro de Salud Pública de Alicante, Alicante, España.

h Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, España.

Correspondencia:

Javier Campos Serna
C/ Maestro Bonafonte n° 22-LL 03550
Sant Joan d'Alacant (Alacant)
Telf. 965-94-39-36 / 667-751-774
javiercampos32@hotmail.com

Methods: The design and content of four of the nineteen available protocols published by Spanish Ministry of Health were analyzed by eight experts through consensus techniques, using a Gender Perspective Guide based on the AGREE Instrument and evaluating each protocol in relation to five major areas and 14 individual items.

Results: Of the five major areas, participation, and scope and objective obtained the best evaluations, while applicability, sexual and reproductive health, and occupational hazards yielded the poorest scores. For protocols used for Occupational Asthma, Manual Handling of Loads and Data Computer Screens, six out of the eight experts recommended review and improvement from a gender perspective. For the protocol regarding Pesticides, this same recommendation was supported unanimously.

Conclusions: Gender biases need to be identified, and changes recommended when necessary, in the Spanish protocols for occupational health surveillance.

KEY WORDS: Occupational health, health surveillance, practice guidelines, gender.

INTRODUCCIÓN

En 1999, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró los Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica de los Trabajadores (PVSET) con la finalidad de unificar los criterios de actuación del personal sanitario de los servicios de prevención para mejorar la calidad del proceso asistencial de la población trabajadora¹.

Recientemente se argumentaba la necesidad de que, trascurridos estos diez años desde la propuesta de dichos protocolos, se iniciase el proceso de revisión y análisis de la calidad de los mismos². Uno de los enfoques de esta revisión debería ser la evaluación desde la perspectiva de género³. Tres hechos justifican esta afirmación: El primero de ellos es el reciente e importante incremento de la incorporación de la mujer al mercado laboral⁴. España es el país de la Unión Europea (UE) en el que mayor ha sido el incremento de la tasa de actividad laboral femenina, pasando del 42% en el año 2000 al 50% en el segundo trimestre del 2008⁵. A pesar de ello, es uno de los cuatro países de la UE-27 donde mayor diferencia existe (22 puntos) entre la tasa de actividad femenina y masculina, aunque las previsiones indican que las diferencias tienden a disminuir⁵. En segundo lugar, durante esta última década se ha iniciado el desarrollo de un marco normativo, impulsado desde las instituciones nacionales y europeas hacia la igualdad de hombres y mujeres, con especial relevancia en la protección de las trabajadoras⁶⁻⁹. Por último, la evidencia científica disponible muestra el distinto proceso de respuesta en hombres y mujeres, por diferencias de sexo frente a las exposiciones a tóxicos, a las exigencias físicas o al estrés térmico (por ejemplo, diferencias en la estructura ósea, la distribución de la grasa, la función endocrina-hormonal o el sistema inmune). Adicionalmente, mujeres y hombres difieren en su situación laboral, tipo de ocupación, tareas y responsabilidades asignadas¹⁰⁻¹³.

El análisis de género requiere considerar estos factores en los protocolos de vigilancia de la salud, evaluar e interpretar de forma adecuada las exposiciones en el trabajo, las implicaciones de las diferencias de sexo – por ejemplo, la diferente vulnerabilidad a algunos químicos, como pla-

guicidas, o la distinta respuesta al riesgo ergonómico relacionada con las diferencias antropométricas —y de género— por ejemplo, las diferencias sociales entre hombres y mujeres en categorías similares de ocupación.

El objetivo de este trabajo es revisar los PVSET desde una perspectiva de género y establecer las necesidades para su mejora de forma que permitan la identificación y prevención de los problemas de salud laboral también en las trabajadoras.

Tabla 1. Relación de participantes en el grupo de personas expertas.

Andrés Conejos, Francisca (*Centro de selección de personal de la Delegación del Ministerio de Defensa en la Región de Murcia*)

García Gómez, Montserrat (*Subdirección General de Salud Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid*)

Gómez Olmos, María (*Servicio Mancomunado de Prevención y Salud Laboral del Grupo Telefónica*)

López Jacob, María José (*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud –ISTAS*)

Maqueda Blasco, Jerónimo (*Escuela Nacional de Medicina del Trabajo – Instituto de Salud Carlos III, Madrid*)

Parets Llorca, Rosario (*Servicios de Prevención del Instituto Nacional Seguridad Social y Escuela de Medicina del Trabajo de Alicante*)

Simón Rodríguez, Elena* (*Filóloga, especialista en género y análisis de estilo lingüístico*)

Valencia Valencia, Pilar (*Centro de Atención Primaria de San Blas, Alicante*)

Valera Oña, Eduardo (*Unidad Médica de Control de Incapacidad Temporal, Alicante*)

a Realizó un análisis lingüístico e iconográfico del texto de los protocolos desde la perspectiva de género en una fase preliminar del estudio cuyos resultados no se presentan en este trabajo.

MÉTODOS

Procedimiento

Se siguió una estrategia de consenso estructurado mediante la utilización de una técnica grupal mixta en dos fases consecutivas, combinando los aspectos característicos del método Delphi y del grupo nominal. Se constituyó un grupo de ocho personas expertas formado por profesionales con experiencia en la elaboración y/o aplicación de protocolos clínicos y de vigilancia de la salud de la población trabajadora (Tabla 1). En la tabla se identifica también otra persona experta que realizó un análisis lingüístico e iconográfico del texto de los protocolos desde la perspectiva de género en una fase muy preliminar del estudio, pero los resultados de este análisis no se presentan en el presente trabajo.

De los 19 protocolos publicados se escogieron cuatro: 1) Asma Laboral, por tratarse de un problema de salud de alta prevalencia en la población general tanto en hombres como en mujeres; 2) Pantallas de Visualización de Datos (PVD), por ser un riesgo de elevada frecuencia de exposición en la población trabajadora tanto en hombres como en mujeres; 3) Manipulación Manual de Cargas (MMC) y 4) Plaguicidas, por considerarse ambos protocolos especialmente sensibles en caso de existir un sesgo de género en la aplicación de los mismos ya que estas exposiciones se producen con mayor frecuencia en puestos de trabajo tradicionalmente ocupados por hombres.

Instrumento y análisis

Para el análisis de género se utilizó una guía de consenso elaborada a partir de la versión española del Instrumento AGREE¹⁴. El Instrumento AGREE es una guía validada¹⁵ y actualmente cuenta con el mayor grado de aceptación para la evaluación de la calidad de guías de práctica clínica y protocolos sanitarios¹⁶⁻²⁰. Así mismo ha sido utilizado satisfactoriamente en la evaluación del Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica de Asma Laboral²⁰. El grupo de investigación consensuó unas modificaciones de este instrumento para permitir la evaluación de los protocolos con enfoque de género.

La guía de consenso (Tabla 2) se estructura en cinco áreas, que a su vez se dividen en un total de 13 ítems, con un último ítem de valoración global. El área 1 participación de las mujeres (ítems 1 y 2) analiza si en el proceso de elaboración de los protocolos han participado las mujeres; el área 2 alcance y objetivos de género (ítems 3 y 4) valora si en los criterios de aplicabilidad del protocolo las trabajadoras quedan claramente definidas; el área 3 rigor en la consideración del aspecto de los riesgos laborales desde la perspectiva de género (ítems 5 a 9) analiza si se recogen ideas preconcebidas sobre la exposición al riesgo por sexo, o por puesto de trabajo, y si se valoran las particularidades biológicas y/o sociales de las trabajadoras así como el fenómeno de la doble presencia; el área 4 rigor en la consideración del aspecto de la salud sexual y reproductiva (ítems 10 a 12) analiza si el protocolo tiene en cuenta la salud reproductiva de las trabajadoras tanto en su fase pregestacional como gestacional, incluida la lactancia; el área 5 aplicabi-

lidad (ítem 13) analiza si los protocolos se aplicaron de forma piloto a las trabajadoras.

Para cada uno de los 13 ítems la guía contempla la posibilidad de una respuesta cerrada mediante una escala de 4 puntos que mide la adecuación del cumplimiento del protocolo en los aspectos evaluados. Si el protocolo los cumple por completo la respuesta debe ser igual a 4 (muy de acuerdo) y si no los cumple o no recoge la información disponible al respecto, se opta por 1 (muy en desacuerdo), a excepción de la evaluación de los ítems 5 y 6 en los que atendiendo al significado de la cuestión que se formula el sentido de la escala se invierte siendo en ellos 4 puntos (muy en desacuerdo) y 1 (muy de acuerdo). La guía de consenso finaliza con el ítem 14, destinado a la valoración global del protocolo como una herramienta óptima para la protección de la salud de las trabajadoras en su medio habitual de trabajo, con tres opciones de respuesta: 1) sí lo recomendaría, 2) lo recomendaría con condiciones o modificaciones, 3) no lo recomendaría y habría que reelaborarlo.

Asimismo, los 14 ítems se acompañan de una respuesta abierta destinada a que se pueda dar una explicación, aportar datos bibliográficos recientes que respalden la opinión de la persona experta, así como plantear recomendaciones de mejora del contenido en género respecto al ítem evaluado. A cada uno de los ítems se le adjuntó una breve nota explicativa que aclaraba y completaba su significado. En el caso de que aún así existiera alguna duda entre las personas expertas con respecto al sentido de los ítems se les ofertaba la posibilidad de ponerse en contacto el grupo investigador.

Cada uno de los integrantes del grupo de personas expertas aplicó la guía de consenso a los cuatro protocolos seleccionados de forma independiente remitiendo sus evaluaciones al investigador principal (JC) quien realizó un análisis cuantitativo de las puntuaciones y un análisis cualitativo (análisis de los discursos) de las respuestas abiertas. En el análisis cuantitativo se siguió el mismo procedimiento establecido en el Instrumento AGREE¹⁴. En primer lugar se calculó la puntuación estandarizada del área. A continuación, con la intención de llegar a un mayor grado de detalle en la identificación de los puntos fuertes y débiles del protocolo con respecto a su contenido en género, se calculó la puntuación estandarizada por ítem. Para la interpretación de la calidad en el contenido de género en función de las puntuaciones estandarizadas por área y por ítem se siguió la escala de seis rangos propuesta por Maqueda et al: Excelente [100-90], Buena [90-70], Mejorable [70-50], Deficiente [30-10], Muy deficiente [10-0]²⁰.

Para el cálculo de la puntuación estandarizada del área se aplicó la siguiente fórmula¹⁴:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida por área} - \text{mínima puntuación posible}}{\text{Máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}} \times 100$$

Donde puntuación obtenida por área = suma de las puntuaciones totales otorgadas por los expertos a cada uno de los ítems que conforman el área; máxima puntuación posible = 4 (Muy de acuerdo) x (nº de ítems) x (nº de evaluadores); mínima puntuación posible = 1 (Muy en desacuerdo) x (nº de ítems) x (nº de evaluadores)

Puntuación estandarizada del ítem:

Tabla 2. Contenido de la guía de consenso^a utilizada en la evaluación de los protocolos para la vigilancia de la salud de los trabajadores desde una perspectiva de género.

Área	Ítem
Participación de las mujeres.	1. En el grupo de participantes que ha elaborado el protocolo hay paridad entre hombres y mujeres.
	2. Para la elaboración del protocolo se ha tenido en cuenta la opinión de las trabajadoras.
Alcance y Objetivos de género.	3. En el protocolo se utiliza siempre el término trabajador como sinónimo de trabajador-trabajadora.
	4. Los criterios de aplicación del protocolo están definidos de forma que incluyen claramente tanto a hombres como a mujeres.
Rigor en la consideración del aspecto de los riesgos laborales desde la perspectiva de género.	5. En el protocolo se visualizan ideas preconcebidas sobre cuáles son los factores de riesgo para hombres y mujeres y quién se encuentra en situación de riesgo.
	6. En la aplicación del protocolo se visualizan ideas preconcebidas basadas en la denominación del puesto de trabajo.
	7. El protocolo tiene en cuenta el fenómeno de la doble presencia.
	8. El protocolo tiene en cuenta los aspectos biológicos de las trabajadoras y los trabajadores.
	9. Las pruebas diagnósticas que contempla el protocolo tienen en cuenta las diferencias de género.
Rigor en la consideración del aspecto de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.	10. En el diseño del protocolo se ha tenido en cuenta la seguridad y la salud reproductiva pregestacional de las trabajadoras.
	11. En el diseño del protocolo se ha tenido en cuenta la seguridad y la salud gestacional durante sus distintas fases, incluida la lactancia.
	12. En el protocolo se han tenido en cuenta las diferentes formas de manejo de las alteraciones detectadas en hombres y en mujeres.
Aplicabilidad.	13. El protocolo se ha aplicado de forma piloto a las trabajadoras, o está previsto hacerlo.
Evaluación general	14. ¿Recomendaría la aplicación de este protocolo como una herramienta adecuada para la vigilancia de la salud de las trabajadoras?

a Modificada de la versión española del Instrumento AGREE.¹⁴

$$\frac{\text{Puntuación obtenida por ítem} - \text{mínima puntuación posible}}{\text{Máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}} \times 100$$

Donde puntuación obtenida por ítem = suma de puntuaciones otorgadas por los expertos al ítem; puntuación mínima posible de ítem = 1 punto x 8 evaluadores = 8; puntuación máxima posible por ítem = 4 puntos x 8 evaluadores = 32

También se analizó el grado de coincidencia entre el grupo de personas expertas con respecto a los primeros 13 ítems. El grado de coincidencia se catalogó como muy alto cuando eran de 7 a 8 las personas expertas que coincidían en estar muy desacuerdo o desacuerdo respecto a la cuestión formulada; alto, cuando eran 5 ó 6; insuficiente, 3 ó 4; y muy insuficiente cuando eran 2.

Los resultados cuantitativos fueron remitidos al grupo de expertos. Con esta información se inició la segunda fase del estudio. Cada persona experta por separado pudo preparar su argumentación ante aquellas de sus opiniones que habían sido divergentes con respecto a las del grupo. Posteriormente, en una reunión presencial de todo el grupo se trató de llegar a un acuerdo en las respuestas abiertas sobre las cuestiones de la guía de consenso en las que el grado de coincidencia

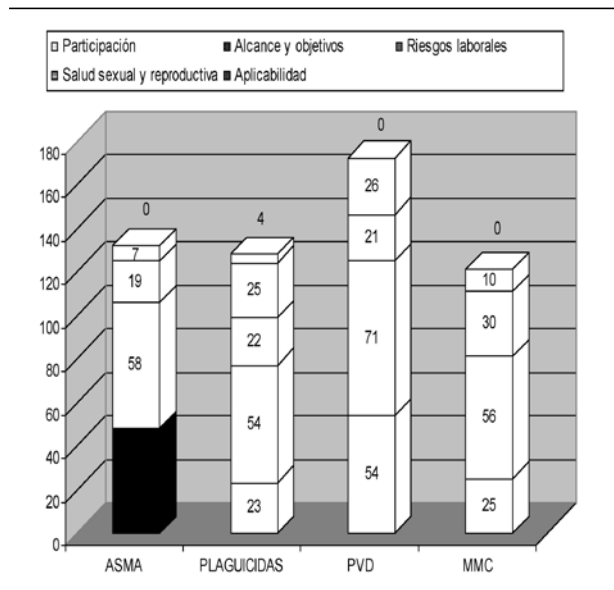
fue insuficiente o muy insuficiente. Todos los participantes aportaron sus ideas y se debatieron los puntos más conflictivos. Las recomendaciones finales se extrajeron de los argumentos más aceptados por los asistentes.

RESULTADOS

La Figura 1 presenta como las áreas con contenidos más adecuados desde una perspectiva de género alcance y objetivos, y participación de las mujeres. Todas las áreas analizadas en los cuatro protocolos, a excepción de alcance y objetivos de género en el protocolo de PVD, son mejorables o deficientes en su perspectiva de género. Los cuatro protocolos son deficientes en su consideración del género en el área de riesgos laborales. El protocolo que más ha recogido la participación de las trabajadoras en su elaboración ha sido el de PVD, siendo en cualquier caso mejorable, y en el resto muy mejorable (Asma Laboral), o deficiente (Plaguicidas, MMC). El protocolo de PVD es el mejor valorado globalmente en su perspectiva de género.

El análisis de la puntuación estandarizada por ítem (Figura 2) pone de manifiesto que 7 de los 13 ítems han sido valo-

Figura 1. Puntuación estandarizada de las áreas de la guía de consenso y estimación de la calidad en contenido de género en los protocolos de: Asma Laboral, Plaguicidas, Pantallas de Visualización de Datos, y Manipulación Manual de Cargas.

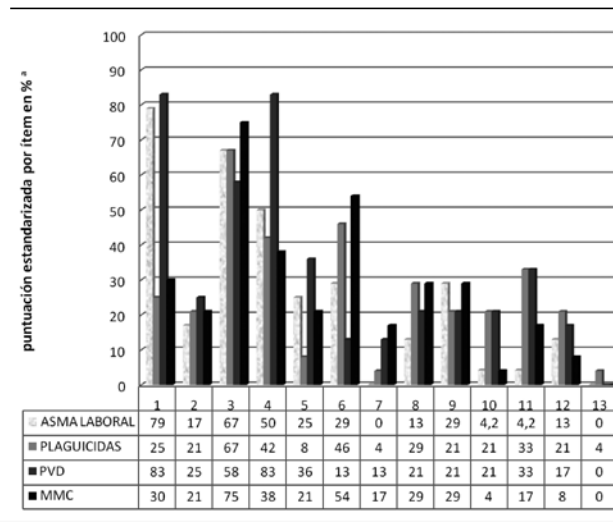


^a Rangos de puntuación estandarizada en %: Excelente [100-90], Buena [90-70], Mejorable [70-50], Muy mejorable [50-30], Deficiente [30-10], Muy deficiente [10-0]²⁰

rados como deficientes o muy deficientes desde la perspectiva de género en los cuatro protocolos evaluados. Sólo el ítem 1, en el protocolo de Asma Laboral y PVD, el 3 en el de MMC, y el 4 en el de PVD se sitúan en un rango aceptable. El ítem peor puntuado, muy deficiente para los cuatro protocolos, es el que valora si el protocolo ha sido aplicado de forma piloto a las trabajadoras (ítem 13). Así mismo, el fenómeno de la doble presencia (ítem 7) se ha tenido en cuenta muy deficientemente en los protocolos de Asma Laboral y Plaguicidas, y de modo deficiente en los de PVD y MMC. Los cuatro protocolos tienen en cuenta de forma deficiente tanto las particularidades biológicas de las trabajadoras como la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas (ítems 8 y 9). Las ideas preconcebidas sobre cuáles son los factores de riesgos para hombres y mujeres y quién se encuentra en situación de riesgo (ítem 5) serían muy mejorables en los cuatro protocolos. Asimismo los cuatro protocolos presentan ideas preconcebidas basadas en la denominación del puesto de trabajo a la hora de ser aplicados (ítem 6) que podrían ser muy mejorables desde la perspectiva de género. Los protocolos de Asma Laboral y MMC son los que más deficientemente tienen en cuenta la salud sexual y reproductiva, incluida la lactancia de las trabajadoras (ítem 10 y 11), seguidos muy de cerca por los de Plaguicidas y PVD.

El grado de coincidencia en el nivel de acuerdo entre las 8 personas expertas fue alto o muy alto en al menos 10 de los 13 primeros ítems de la guía de consenso en los 4 protocolos (Figura 3). Del total de 8 personas expertas al menos 5 coinciden al manifestarse en desacuerdo o muy en desacuerdo en 10 de los 13 primeros ítems aplicados a los protocolos

Figura 2. Puntuación estandarizada por ítem y estimación de la calidad en contenido de género en los protocolos de: Asma Laboral, Plaguicidas, Pantallas de Visualización de Datos, y Manipulación Manual de Cargas.



^a Rangos de puntuación estandarizada en %: Excelente [100-90], Buena [90-70], Mejorable [70-50], Muy mejorable [50-30], Deficiente [30-10], Muy deficiente [10-0]²⁰

de Asma Laboral, MMC y PVD. Esto mismo ocurre en 12 de los 13 primeros ítems en el protocolo de Plaguicidas.

Finalmente el análisis del ítem 14 (Figura 4) pone de manifiesto que los cuatro protocolos precisan atender de forma más adecuada la perspectiva de género. Si bien en los de Asma Laboral, MMC y PVD son 6 personas expertas las que coinciden en esta afirmación, en el de Plaguicidas esta conclusión se alcanza unánimemente.

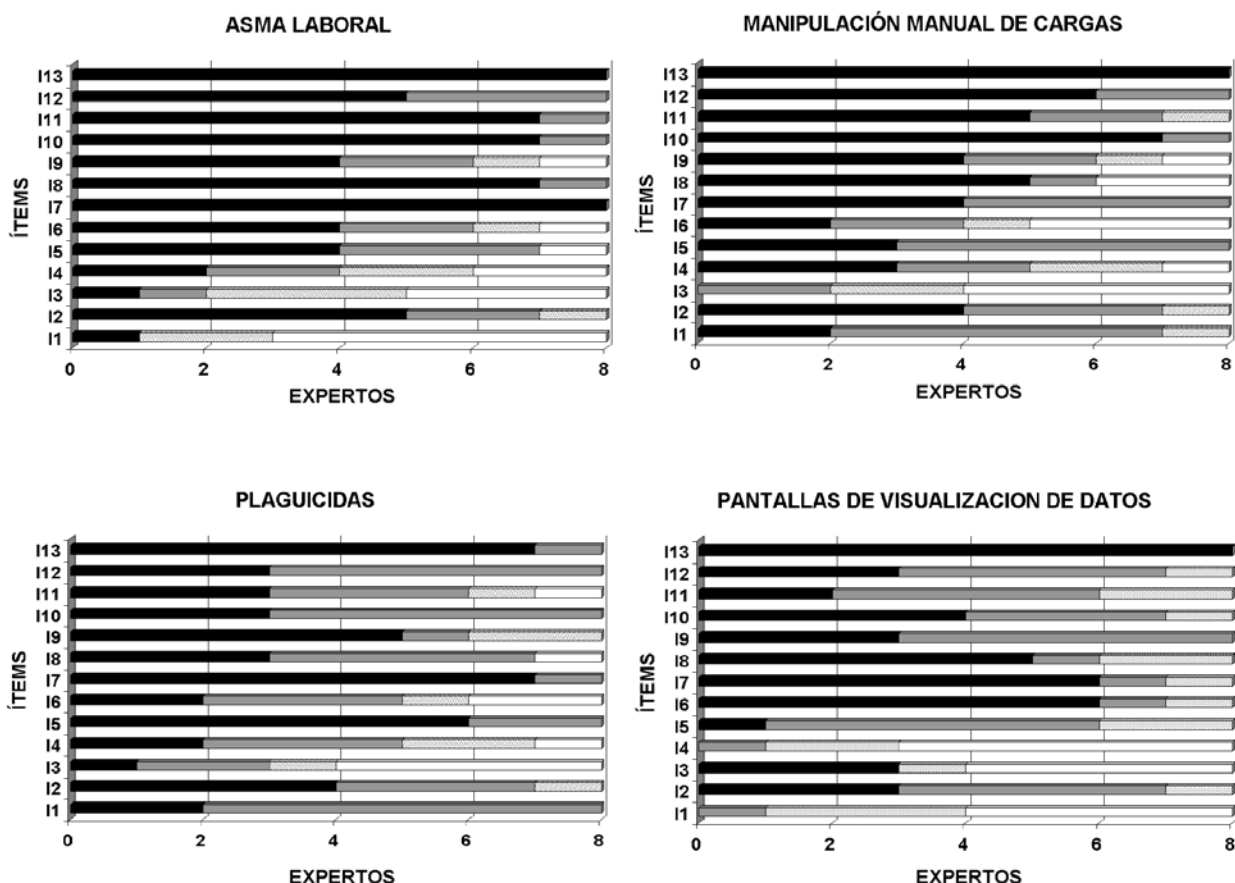
DISCUSIÓN

Según nuestros resultados, los cuatro protocolos analizados precisan incrementar perspectiva de género para poder ser recomendados como una herramienta adecuada para la vigilancia de la salud de las trabajadoras.

Este es el primer estudio realizado en España que aborda el análisis de género de los protocolos de vigilancia de la salud de la población trabajadora. Existen antecedentes de revisiones de género de distintas encuestas y cuestionarios realizados en nuestro país, como la llevada a cabo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 (ENS2003)^{21,22}, concluyendo igualmente con la necesidad de modificar el cuestionario de la ENS2003 para mejorar su perspectiva de género^{21,22}.

En relación con los resultados y recomendaciones derivadas del presente estudio, queremos señalar los siguientes aspectos. En primer lugar, a pesar de ser el ítem 13 el peor valorado en los cuatro protocolos no podemos concluir que la baja puntuación obtenida se deba a un sesgo de género en el pilotaje de los protocolos analizados, ya que no pudimos constatar que dicho pilotaje se hubiera llevado a cabo con hombres y no con mujeres. Quizás este pilotaje no se

Figura 3. Grado de coincidencia en el nivel de acuerdo de las personas expertas respecto al contenido en género de los 13 ítems de la guía de consenso en los protocolos de: Asma Laboral, Manipulación Manual de Cargas, Plaguicidas, y Pantallas de Visualización de Datos.



llevara a cabo sencillamente en ninguno de estos dos grupos y estemos ante una falta de calidad del protocolo en un sentido más amplio.

En segundo lugar, es sabido que la población trabajadora puede estar expuesta a exposiciones en el ámbito del trabajo doméstico y familiar que pueden producir trastornos de salud que pudieran agravarse por la exposición laboral (como por ejemplo, exposición a productos de limpieza y alteraciones respiratorias²³). Sin embargo, la investigación de los factores de riesgo en el trabajo doméstico y familiar y los trastornos de salud asociados está muy poco desarrollada²⁴, por lo que sería necesario disponer de evidencia suficiente en este sentido antes de recomendar la consideración de las exposiciones en el ambiente doméstico en los protocolos de vigilancia de la salud laboral.

Sin embargo es un hecho que ninguno de los protocolos considera aspectos relacionados con el ciclo vital de la mujer. Una vigilancia adecuada de la salud exige considerar el estado hormonal de las trabajadoras. Las mujeres, a partir de la menopausia, presentan una disminución de los niveles de estrógenos en sangre lo que hace que aumente la sequedad de su piel y sus mucosas acompañándose de otros efectos psicoemocionales²⁵⁻²⁷. Lo primero hace que aumente la predisposi-

ción a padecer sequedad conjuntival, úlceras corneales, faringitis crónica, artralgias migratorias, y lo segundo predispone a cefaleas, depresión y fatiga crónica, entre otros efectos^{26,27}. Estos cambios pueden afectar la tolerancia de las mujeres a distintas exposiciones ambientales, por lo que los exámenes de salud periódicos en mujeres menopáusicas deberían tener en cuenta estos aspectos y coordinarse con la atención sanitaria de estas mujeres en los servicios de Atención Primaria.

En la misma línea, se debería preguntar en la anamnesis sobre la salud reproductiva de las trabajadoras en edad fértil. En la actualidad no se recoge ninguna información sobre si la trabajadora está buscando descendencia, está embarazada o en periodo de lactancia, ni de cómo las exposiciones laborales pueden influir sobre estos períodos. Esta información es clave para relacionarla con los resultados de la evaluación de riesgos. La actualización de los protocolos permitiría prevenir de una manera más adecuada este tipo de problemas en el entorno laboral de las trabajadoras.

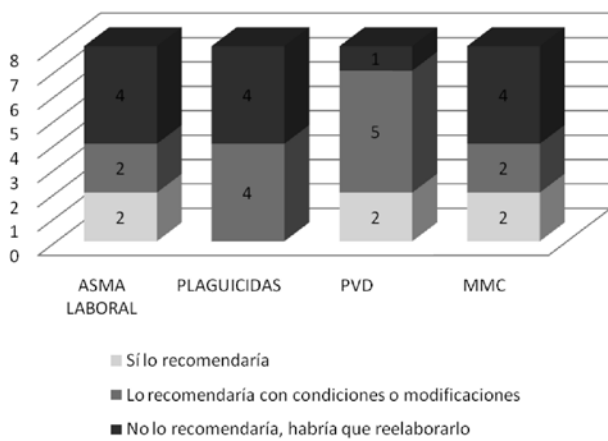
Otra cuestión se relaciona con los valores biológicos de referencia. Por ejemplo, los valores de referencia para colinesterasa que se recogen en el protocolo de Plaguicidas deberían darse desglosados por sexo, ya que éstos son menores en las mujeres que en los hombres, y aún menores en la

mujeres que toman anticonceptivos orales^{28,29}. Asimismo, este protocolo debería señalar un porcentaje de reducción de la colinesterasa respecto a la basal específica para la mujer (con otro porcentaje específico para las que toman anticonceptivos orales), ya que fijar el valor en el 25% tanto para hombres como para mujeres podría suponer el diagnóstico de falsos negativos y por lo tanto confusión en el manejo de las recomendaciones y aptitudes a tomar. Si bien muchos de los efectos de los plaguicidas sobre la salud son similares en hombres y mujeres, se ha observado que existe una asociación entre algunos plaguicidas organoclorados y el cáncer de mama en mujeres post-menopáusicas^{30,31}. Asimismo, algunos estudios epidemiológicos sugieren una asociación entre la exposición a determinados plaguicidas y abortos, muertes fetales y defectos congénitos, aunque los datos no son concluyentes³¹. Por todo ello, el protocolo de Plaguicidas debería añadir a su anexo de anamnesis y de exploración física un apartado específico para la mujer que estuviera directa o indirectamente (parejas de los hombres expuestos) expuesta a plaguicidas, que incluyera una serie de cuestiones que valorasen su salud sexual y reproductiva, incluida la lactancia, así como una revisión ginecológica periódica básica que permitieran detectar posibles alteraciones de forma precoz.

La tarea acometida en el presente trabajo ha supuesto una serie de nuevos retos metodológicos y analíticos que no están exentos de posibles sesgos que podrían limitar los resultados del mismo. Entre éstos destaca la propia elaboración *de novo* del instrumento de medida, al no disponerse de una herramienta validada para el objetivo de este análisis. No obstante, se obtuvo un alto porcentaje de acuerdo por el grupo de personas expertas en sus respuestas en la gran mayoría de los ítems en los cuatro protocolos, así como una elevada coincidencia en la identificación de los puntos fuertes y débiles de los mismos en la dimensión de género.

En conclusión, los hallazgos de este estudio plantean la necesidad de valorar la perspectiva de género e incorporar

Figura 4. Valoración global de los protocolos de Asma Laboral, Plaguicidas, Pantallas de Visualización de Datos, y Manipulación Manual de Cargas, como una herramienta recomendada para la vigilancia adecuada de la salud de las trabajadoras en su medio laboral.



los cambios necesarios en cada uno de los 19 protocolos de forma individualizada, en base a la evidencia científica disponible en relación a posibles diferencias de género en su aplicación. Asimismo queda constancia de la necesidad de aumentar la investigación en salud laboral desde una perspectiva de género que evite desigualdades en la protección de la salud de trabajadoras y trabajadores.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido apoyado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este trabajo forma parte de la tesis doctoral de Javier Campos Serna.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. [Página principal en Internet]. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica de los Trabajadores [citado 20 enero de 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>.
- Soriano G. Protocolos para la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores: ¿dónde estamos? Arch Prev Riesgos Labor. 2008;11: 69-72.
- Rohlf's I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escrivá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2000;14: 146-55.
- Instituto Nacional de Estadística. [Página principal en Internet]. Encuesta de Población Activa 2008 [citado 18 abril de 2008]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase&N=&L=0.
- Eurostat. [Página principal en Internet]. The life of women and men in Europe: A statistical portrait. 2008 [citado 20 mayo de 2008]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-80-07-135/EN/KS-80-07-135-EN.PDF.
- Ley de prevención de riesgos laborales. L. N° 31/1995 (8 Nov 1995).
- Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. L. N° 39/1999 (5 Nov 1999).
- Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. L. N° 3/2007 (22 Mar 2007).
- Directiva 92/85/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada que ha dado a luz o en periodo de lactancia. DOCE núm L 348, 28/11/1992.
- Kogevinas M, Zahm SH. Introduction: epidemiologic research on occupational health in women. Am J Ind Med. 2003;44:563-4.
- Messing K, Stellman M. Sex, gender and women's occupational health: the importance of considering mechanism. J Environ Res. 2006;101:149-62.
- Kennedy SM, Koehoorn M. Exposure assessment in epidemiology: does gender matter? Am J Ind Med. 2003;44:576-83.
- Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. J Epidemiol Community Health. 2007;61 Suppl 2:46-53.
- The AGREE Collaboration. [Página principal en Internet]. AGREE Instrument Spanish version [citado el 23 abril de 2007]. Disponible en: www.agreecollaboration.org.
- The AGREE Collaboration. Development and validation of an

- international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12:18-23.
16. Rico R, Gutiérrez-Ibarlucea I, Asúa J, Navarro MA, Reyes A, Marín L, et al. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de Guías de Práctica Clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78:457-67.
 17. Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17:235-42.
 18. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C et al. Are the guidelines guiding us reliable? Evaluation of the Spanish clinical practice guidelines. *Rev Clin Esp*. 2005; 205:533-40.
 19. Cates JR, Young DN, Bowerman DS, Porter RC. An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. *Spine J*. 2006; 6: 72-7.
 20. Maqueda J, Buendía MJ, Gallego I, Muñoz C, Roel JM. Estudio de evaluación del Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica del Asma Laboral mediante el instrumento AGREE. *Med Segur Trab*. 2006; 52:13-21.
 21. Ruiz-Cantero MT, Papí N, Cabrera V, Ruiz A, Alvarez-Dardet C. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2006; 20: 427-34.
 22. Ruiz-Cantero MT, Simón-Rodríguez E, Papí-Gañez N, Segas de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Gac Sanit*. 2006; 20:161-65
 23. Medina-Ramón M, Zock JP, Kogevinas M, Sunyer J, Basañá X, Schwartz J, et al. Short-term respiratory effects of cleaning exposures in female domestic cleaners. *Eur Respir J*. 2006; 27(6): 1196-203
 24. Artazcoz L, Borrel C, Cortés I, Escribà-Agüir V, Casant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(2): 39-45
 25. Bensaleh H, Belgnaoui FZ, Douira L, Berbiche L, Senouci K, Hassam B. Skin and menopause. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2006; 67:575-80.
 26. Gambacciani M, Pepe A. Menopause and related problems. *Minerva Med*. 2007; 98:191-201.
 27. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med*. 2005; Suppl 12B:14-24.
 28. Palacios ME, Moreno LMA. Diferencias en la salud de jornaleras y jornaleros agrícolas migrantes en Sinaloa, México. *Salud Pública de México*. 2004; 46:286-93.
 29. Carmona-Fonseca J. Valores de referencia de la actividad de la colinesterasa eritrocitaria según las técnicas de Michel y EQM® en población laboral de Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14:316-24.
 30. London L, Wesseling C, Kisting S, Rother HA, Mergler D. Pesticide usage and health consequences for women in developing countries: out of sight, out of mind? *Int J Occup Environ Health*. 2002; 8:46-59.
 31. García AM. Pesticide exposure and women's health. *Am J Ind Med*. 2003; 44:584-94.



¿Hasta dónde quieres llegar?

Estudio en la UOC. La universidad que conecta 45.000 estudiantes de 45 países.

MÁSTERS UNIVERSITARIOS

- Prevención de Riesgos Laborales*

La Universitat Oberta de Catalunya cuenta ya con una dilatada experiencia en la formación de Técnicos de Nivel Superior en materia de prevención. Con este Máster universitario, además, adapta la oferta docente a las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior, dotándola de plena validez académica.

LLICENCIATURAS 2º CICLO - Ordenación académica LRU

- Ciencias del Trabajo

*En proceso de verificación

Consulta toda nuestra oferta formativa en www.uoc.edu



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Para más información, visita nuestra web, www.uoc.edu, llama al 902 372 373 o acude a cualquiera de nuestras sedes en Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia.