

LA INCAPACIDAD TEMPORAL DURANTE EL EMBARAZO, ¿ELEMENTO DE DISCRIMINACIÓN LABORAL?

LILIANA ARTIEDA, ESTRELLA EXTRAMIANA,
CARMEN CIPRIAIN, JOSU FERNÁNDEZ

Instituto Navarro de Salud Laboral

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la incapacidad temporal durante el embarazo, en relación con la evolución de natalidad y empleo.

Metodología: Estudio de 77.941 procesos de incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral en la población laboral Navarra con edad entre 16 y 45 años, en 1999 y 2000. 3.169 mujeres se embarazan y generan 3.707 procesos. Se estiman los días de absentismo por causa médica atribuibles al embarazo y se compara frecuencia y duración entre hombres y mujeres, en relación con natalidad y empleo.

Resultados: 6% de la mujeres menores de 45 años tuvieron algún embarazo. Mayor proporción en el sector servicios, con contrato fijo y puesto de trabajo de alto nivel. Excluyendo las complicaciones del embarazo, destacan por su frecuencia las enfermedades osteomioarticulares en embarazadas. La tasa de incidencia de incapacidad temporal en el periodo de estudio es 81,4 procesos por 100 en hombres y 65,3 en mujeres. En cada embarazo a término es esperable una pérdida media de 38 días por incapacidad temporal. Los índices de natalidad no garantizan la estabilidad de la población. La tasa de empleo femenino es más baja que la de los hombres.

Conclusiones: Para mantener el estado de bienestar es preciso adoptar políticas de estímulo de la natalidad e incremento de empleo femenino. Suprimidas las bajas médicas del embarazo, las mujeres menores de 45 años presentan tasas de incapacidad temporal inferiores a las de los hombres de igual edad, es infundado afirmar que la mujer es más absentista que el hombre y que la incapacidad temporal debida al embarazo tiene un alto coste social, cuestiones que pueden suponer discriminación para la entrada de la mujer al mercado laboral.

PALABRAS CLAVES

Incapacidad temporal, empleo, natalidad, embarazo, maternidad, absentismo.

ABSTRACT

Aim: To characterize temporary disability during pregnancy, in connection with the evolution of birthrate and employment.

Methods: Study of 77.941 cases of temporary disability due to common illness and non-occupational accident in the population of Navarra between the ages of 16 and 45, in the years 1999 and 2000. 3.169 women were pregnant and produced 3.707 cases. We compared women and men episodes and calculated the days of medical absenteeism attributable to pregnancy. The evolutions of birthrate and employment in the past twenty years in Navarra were analysed and they were correlated.

Results: 6% of women under 45 had at least one pregnancy. The highest proportion given in the service sector, with permanent contracts and high-level jobs. With the exception of pregnancy complications, bony and articulate diseases in pregnancy are outstanding due to their frequency. The incidence rate of temporary disability in the period studied is 81,4 processes out of 100 in men and 65,3 in women. In each full term pregnancy an average of 38 days of temporary disability can be expected. Birthrates don't guarantee population stability, female employment rates are lower than male ones.

Conclusions: To maintain the welfare state it is necessary to adopt pronatalist and female employment policies. Excluding absence due to pregnancy, women under 45 present lower temporary disability rates than men the same age, it is groundless to affirm that absenteeism in women is higher than in men and that temporary disability due to pregnancy has high social costs, subjects that can mean discrimination for access of women to the labour market.

KEY WORDS

temporary disability, employment, birthrate, pregnant, motherhood, absenteeism

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios sobre la distribución por género de la Incapacidad Temporal (en adelante IT), atribuyen a las mujeres un mayor absentismo por causa médica que a los hombres en duración y frecuencia (1, 2, 3, 4). Esta idea se ha extendido por distintos ámbitos sociales y empresariales y ha podido convertirse en un elemento discriminatorio, que llegue a disuadir para la contratación de las mujeres, aunque estén en iguales o mejores condiciones de cualificación que los hombres.

Algunos diagnósticos tienen mayor su duración y precisamente esos diagnósticos corresponden a mujeres, este mayor protagonismo de la mujer es explicado por: una percepción más exigente del concepto de salud (5, 6), condiciones laborales más desfavorables (7, 8, 9, 10, 11, 12), mayor carga de trabajo doméstico y de cuidador (13, 14, 15), exclusividad en la tarea reproductora de tipo gestacional.

El objetivo del trabajo es el análisis de la incapacidad temporal durante el embarazo, para estimar los días atribuibles a éste, y comparar la IT en ambos géneros.

Algunos de los datos que se presentan han sido extraídos del informe final del proyecto de investigación "Análisis del impacto del embarazo en el absentismo por causa médica", que en el año 2001 llevó a cabo la Universidad Pública de Navarra, en colaboración con el Instituto Navarro de Salud Laboral, financiado a través del convenio de colaboración existente entre ambas instituciones (16). En él se asumen como ideas centrales que las mujeres que tienen un embarazo son las más sanas dentro del grupo de 16 a 45 años, y que el embarazo es un factor con peso importante en la determinación de las características de IT de las mujeres.

Entre 1998 y 2002 en el conjunto de la población Navarra la incidencia de los procesos de IT en las mujeres es 6 puntos más alta que en los hombres y la duración media de cada uno de ellos es un 20% superior en el número de días en mujeres respecto a hombres. Es en los grupos de edad fértil donde los procesos de IT de las mujeres se presentan en mayor medida que en los hombres. Según las agrupaciones diagnósticas de la baja médica hay variaciones en la duración media de los procesos dependiendo del género (17).

Los estudios por género, en general, no analizan los motivos médicos de las bajas o si lo hacen se limitan a señalar las "Complicaciones del embarazo"

como el grupo que recoge todos los episodios relacionados con la gestación, cosa que no es cierta, ya que su presencia se extiende al resto de agrupaciones diagnósticas. Una aportación de este trabajo es que, a partir de los casos conocidos de descanso por maternidad, de manera retrospectiva se seleccionan todos los episodios de IT durante la gestación y, una vez excluidos, se analiza el comportamiento por género.

Factores de riesgo del lugar de trabajo pueden causar alteraciones durante el embarazo (18, 19, 20, 21, 22), por este motivo la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (23) contempló la necesidad de dotar puestos de trabajo libres de riesgo para ser ocupados temporalmente por trabajadoras embarazadas. El desarrollo de esta medida ha sido muy escaso, en el año 2002 en Navarra tan sólo en el 22% de las empresas con servicio de prevención propio disponían de puestos de trabajo libres de riesgo para embarazadas (24). Las trabajadoras informadas sobre los posibles riesgos para sus hijos podrían estar haciendo uso de la IT, como medida de prevención de daños. Estos procesos se evitarían implantado una sana dinámica preventiva empresarial.

La ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (25), modificó la ley antes citada y creó la figura de riesgo durante el embarazo, que permite que cuando no se puede garantizar la eliminación del riesgo, la trabajadora pase a la situación de suspensión de contrato, no se dispone de información para valorar su eficacia, pero en cualquier caso los datos de IT de este estudio son anteriores a la implantación de esta ley, por lo que pueden contener episodios de baja médica de carácter "preventivo".

A pesar de las bajas cifras de natalidad, todavía persiste la idea que la maternidad genera altos costos para la producción. El número de hijos por mujer debería ser dos ó superior para mantener en equilibrio la población, este valor era el de Comunidad Foral de Navarra en el año 1980.

En el año 2000 la tasa de natalidad en Navarra era de 9,58 nacimientos por mil habitantes y el número de hijos por mujer era 1,21 (cifras inferiores a la media de España) (26, 27, 28). El 38% de los partos de Navarra en los años 1999 y 2000 corresponden a mujeres con trabajo remunerado (16, 26). Para esos mismos dos años cerca de 65% de las mujeres en edad reproductiva estaban vinculadas a la población ocupada, lo que podría hacer pensar que el trabajo de la mujer es un elemento disuasor de la maternidad. (26)

La baja natalidad exige políticas para estimular la maternidad, pero en ningún caso ello debe suponer la renuncia de la mujer al empleo remunerado, en situación de igualdad con los hombres. Dentro de los costes de estas políticas ha de contemplarse el de la incapacidad temporal de la mujer trabajadora embarazada, sin que por ello sea señalada como absentista. La maternidad, que además de ser un derecho femenino es una necesidad social incuestionable.

MÉTODOS

Estudio de población laboral de Navarra con edad entre 16 y 45 años que, según el Registro de Incapacidad Temporal (RIT) del Instituto Navarro de Salud Laboral, estuvo inscrita al menos un día en el Régimen General de la Seguridad Social, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1998 y 31 de diciembre de 1999 y la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral del periodo.

Los datos de descanso por maternidad (en adelante DM) han sido cedidos por el la Dirección Provincial de Navarra del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Se crean tres grupos: 1) mujer embarazada, las que había disfrutado de algún DM en el período; 2) mujer no embarazada, las que no habían disfrutado de ningún DM y 3) hombre, todos los de la población seleccionada.

Se clasifican por edad (menor de 34 años, más de 35 años, por límite de riesgo), puesto de trabajo (nivel alto para titulados, ayudantes y administrativos, nivel bajo los subalternos, oficiales y peones) y tipo de contrato (fijo, temporal, otros).

Se consideran procesos relacionados con el embarazo, aquellos cuyo diagnóstico médico corresponde a alguno de los siguientes códigos CIE 9 MC:

◆ Diagnósticos propios del embarazo: de 640.00 a 648.99 (complicaciones durante el embarazo), 67.5 (cerclaje), 75.1 (amniocentesis), 764.90 y 764.9 (crecimiento intrauterino retardado) y V23.9 (embarazo de riesgo).

◆ Otros diagnósticos que pueden deberse a problemas del embarazo: 285.9 (anemia), 401.9 (hipertensión), 454.9 (varices), 599.0 (infección urinaria), 724.2 (lumbago), 724.3 (ciática), 780.7-780.79 (astenia), 782.3 (edema), 787.03 (vómitos), 789.00 (dolor abdominal)

Los días de trabajo perdidos por las mujeres trabajadoras embarazadas se calculan por sumatoria simple de los días, de los episodios que ocurren en las 40 semanas previas al descanso maternal.

Eliminados los días de incapacidad temporal por embarazo, y retiradas las embarazadas del grupo, se calculan los días perdidos por incapacidad temporal en el grupo de los hombres y en el de las mujeres no embarazadas. Se utiliza la sumatoria simple y para la duración media se usan en el denominador las cifras de población ocupada corregidas por exclusión del grupo de embarazadas. Se comparan las medias con la prueba t para grupos independientes.

Los datos de natalidad y empleo son los oficiales para Navarra y para España, del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto de Estadística de Navarra. Las cifras de empleo son las de la Encuesta de Población activa. (26, 27, 28, 29, 30)

RESULTADOS

Se estudiaron 52.547 mujeres, 3169 (6%) presentaron un embarazo en el período estudiado. El 7% de las menores de 35 años tuvieron un embarazo, frente al 4,2% de las de 35 años ó más.

Por Actividad Económica, el 75,9% de las mujeres trabaja en el sector servicios y 21,5% en la industria. Hay mayor proporción de embarazos entre las mujeres del sector servicios.

El 54,5% de las trabajadoras tienen un contrato laboral de carácter fijo y en 45,5% su contrato es de carácter temporal o de otro tipo. El 66,3% de los embarazos se presentan en mujeres con contratos fijos.

Referente al puesto de trabajo hay mayor proporción de embarazos entre mujeres con un puesto de nivel alto (68,9% de las embarazadas).

Se estudiaron 28.436 procesos de Incapacidad Temporal generados por 41.056 mujeres, 3.707 correspondieron a 3.169 mujeres que disfrutaron de un DM y 24.729 a mujeres no embarazadas.

El 34,1% de los procesos de baja de las mujeres embarazadas fueron debidos al capítulo que agrupa los diagnósticos de la CIE-9 comprendidos en "complicaciones del embarazo". Excluyendo este grupo se compara la frecuencia de procesos de IT por cada uno de los grupos diagnósticos entre mujeres embarazadas y no embarazadas. Destaca una mayor fre-

cuencia por enfermedades osteomioarticulares en embarazadas (29.6%) respecto al 12.3% de los procesos por esta causa en mujeres no embarazadas.

Del total de procesos de IT (3.707) en embarazadas, casi dos tercios fueron por alguno de los diagnósticos seleccionados como "directamente relacionados con el embarazo" (2.328), entre los cuales el más numeroso es complicaciones del embarazo (1.263), le siguen en orden de frecuencia los procesos por lumbalgia (9,9%), ciática (6,9%) y embarazo de riesgo (3,7%), los 1379 restantes se deben a otras patologías (Tabla 1).

Los episodios debidos a amniocentesis se concentran en mujeres mayores de 34 años, sin embargo no se aprecian diferencias en la distribución por grupo de edad de complicaciones del embarazo. La mayor proporción de procesos de IT por lumbago se dan en mujeres embarazadas con puesto de trabajo de bajo nivel, llegando a suponer el 13.4% del total de sus episodios de baja, lo mismo ocurre con la IT por varices (Tabla 1).

Excluidas las Incapacidades Temporales por embarazo, se analizaron 81.648 procesos de Incapacidad Temporal. El 65,2% (53.212 procesos de IT)

Tabla 1. Distribución de las causas de incapacidad temporal según edad y puesto de trabajo de las mujeres embarazadas. Navarra 1999-2000.

Diagnóstico	34 años de edad o menos		Más de 34 años de edad				Total			
	Puesto Alto Nº	Puesto Bajo %	Puesto Alto Nº	Puesto Bajo %	Puesto Alto Nº	Puesto Bajo %	Nº	%		
Complicaciones del embarazo	573	35,5	348	31,6	256	35,4	86	32,9	1263	34,1
Cerclaje	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,1
Amniocentesis	6	0,4	1	0,09	28	3,9	9	3,4	44	1,2
Crecimiento intrauterino retardado	24	1,5	14	1,3	11	1,5	5	1,9	54	1,5
Embarazo de riesgo	66	4,1	38	3,5	29	4,0	6	2,1	139	3,7
Anemia	2	0,1	3	0,3	1	0,1	1	0,4	7	0,2
Hipertensión arterial	4	0,2	0	0,0	0	0,0	3	1,1	7	0,2
Varices	2	0,1	7	0,6	5	0,7	3	1,1	17	0,5
Infección urinaria	7	0,4	6	0,5	0	0,0	0	0,0	13	0,4
Lumbago	142	8,8	135	12,3	55	7,6	35	13,4	367	9,9
Ciática	113	7,0	85	7,7	48	6,6	10	3,8	256	6,9
Astenia	24	1,5	17	1,5	10	1,4	4	1,5	55	1,5
Edema	10	0,6	6	0,5	1	0,1	0	0,0	17	0,5
Vómitos	13	0,8	22	2,0	0	0,0	2	0,8	37	1,0
Dolor abdominal	21	1,3	20	1,8	4	0,5	5	1,9	50	1,3
Otros	614	37,9	399	36,2	274	37,8	92	35,2	1379	37,2
Total	1621	100,0	1101	100,0	724	100,0	261	100,0	3707	100,0

fueron generados por hombres, el 30,3% (24.729) por el grupo de mujeres no embarazadas y el 4,5% (3.707) por el de mujeres embarazadas.

La población de trabajadores analizada estaba constituida por 65.397 hombres y 37.887 mujeres no embarazadas. La tasa de incidencia de IT en el período de dos años estudiados es de 81,4 procesos por 100 en hombres y de 65,3 en mujeres. Por edad destaca una mayor incidencia de procesos de IT en los hombres menores de 35 años con una tasa de 85,6 procesos por 100 respecto a la tasa observada en mujeres de la misma edad (60,2). En el grupo de 35 a 45 años de edad la tasa observada es semejante en ambos géneros (75,1 en hombres y 73,0 en mujeres).

Se observa una mayor proporción de procesos de IT por trastornos mentales entre las mujeres (4,1%)

que entre los hombres (2%). (tabla 2).

En tasas de incidencia de IT por grupos diagnósticos, destacan mayores tasas en mujeres el grupo de neoplasias (3,7 casos por mil en mujeres y 2,2 en hombres) y trastornos mentales (26,7 y 16,4 respectivamente). En hombres son mayores las tasas en enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, de la piel, osteomioarticulares, pruebas diagnósticas y otros (Tabla 2).

Se estima el número de días de trabajo perdidos por las mujeres trabajadoras durante su período de embarazo, comparándolo con los días perdidos por IT en el mismo período de tiempo por el grupo de mujeres no embarazadas y hombres de hasta 45 años de edad.

La media de días de trabajo perdidos por IT por

Tabla 2. Distribución de los procesos de Incapacidad Temporal según los 10 grandes grupos de la CIE-9. Navarra 1999-2000.

Grupo diagnóstico	Mujer no embarazada			Hombre		
	Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*
Neoplasias	139	0,6	3,7	145	0,3	2,2
Trastornos mentales	1011	4,1	26,7	1071	2,0	16,4
Sistema nervioso	1062	4,3	28,0	1790	3,4	27,4
Sistema circulatorio	155	0,6	4,1	433	0,8	6,6
Sistema respiratorio	9666	39,1	255,1	19994	37,6	305,7
Enfermedades de la piel	257	1,0	6,8	663	1,2	10,1
Osteomioarticulares	3043	12,3	80,3	6664	12,5	101,9
Síntomas mal definidos	2142	8,7	56,5	3996	7,5	61,1
Pruebas Diagnósticas	1940	7,8	51,2	3945	7,4	60,3
Otros	5314	21,5	140,2	14511	27,3	221,9
Total	24729	100,0	652,7	53212	100,0	813,7

* Tasa: Nº procesos de IT por mil trabajadores en el período de dos años estudiado

una mujer durante todo el embarazo es 42,76 días. Los días perdidos por IT en el mismo período de tiempo por una mujer no embarazada es de 4,97 días y por los hombres de 4,74. Los días atribuibles al embarazo se calculan restando los días perdidos por IT de la mujer no embarazada a los perdidos por la mujer embarazada. De manera general se puede decir que en cada embarazo que llegue a término es esperable la pérdida de 38 días de trabajo debido a IT (42,76-4,97), con un valor máximo de 55,34 días en mujeres de puestos poco cualificados. (Tabla 3).

Al eliminar el peso del embarazo los días de trabajo perdidos por IT en menores de 45 años no difieren en ambos géneros. Se puede afirmar que el puesto de trabajo de inferior nivel y la mayor edad

son los factores que más influyen en la pérdida de días de trabajo (Tabla 3).

Es mayor el número de días perdidos por IT en el grupo de edad de 35 a 45 años, respecto a los menores de 35 años. En trabajadores con puesto de trabajo de bajo nivel el número de días de trabajo perdidos por IT es casi el doble de el de los trabajadores con puesto de alto nivel. No se observan diferencias en los días de trabajo perdidos por IT entre los contratados fijos y temporales en el grupo de mujeres, embarazadas o no embarazadas. En los hombres de mayor edad es superior el número de días perdidos en el caso de contratos temporales que en el caso de trabajadores con contrato fijo (Tabla 3)

Tabla 3. Días de trabajo perdidos por incapacidad temporal. Navarra 1999-2000.

Grupo	Mujer embarazada*	Mujer no embarazada**	Hombre**	Días atribuidos al embarazo
Hasta 34 años	40,25	3,99	4,58	36,26
Desde 35 años	50,24	6,22	4,96	44,02
Puesto alto	34,31	3,89	2,88	30,42
Puesto bajo	61,61	6,27	5,41	55,34
Contrato fijo	42,39	5,06	4,34	37,33
Contrato temporal/otros	43,50	4,81	5,64	38,69
TOTAL	42,76	4,97	4,74	37,79

*Días perdidos por Incapacidad Temporal durante los 280 días previos al inicio del descanso maternal.
** Días perdidos por Incapacidad Temporal estimados para un período de 280 días.

En España el descenso de las tasas de natalidad y del número medio de hijos por mujer, en los últimos 20 años, es evidente. España tenía en el año 2000 una tasa bruta de natalidad de 9,90 nacimientos por mil habitantes y una media de hijos por mujer de 1,238. La Comunidad Foral de Navarra, en ese mismo año tenía valores aun inferiores: tasa de natalidad de 9,58 nacidos por 1000 habitantes y 1,21 hijos por mujer.

La edad de la madre al nacimiento del primer hijo, en España, muestra aumento sostenido entre los años 1979 y 1999. Este valor ha cambiado de 25,2 años la edad de la madre en el año 1975 a 29,1 años en el año 2001. Un aumento de 4 años en el total del país es muy importante sobretodo pensando en el futuro reproductivo de la madre y las posibilidades de nuevos embarazos. En la Comunidad Foral de Navarra la tendencia es similar, sólo que la edad al primer hijo siempre ha estado por encima de las cifras de España y en los últimos años esa diferencia se ha ido ampliando, de menos de un año a princi-

pios de los años 80 ha pasado a 1,6 años en 2001. (Figura 1)

La edad media a la maternidad también ha crecido, pero en menor medida. En España ha pasado de 28,8 años a 30,75 entre los años 1975 y 2001, en Navarra en ese mismo período ha cambiado de 29,73 a 31,79 años. (Figura 1)

La edad media al primer matrimonio, ha cambiado, entre los años 1975 y 2001 las mujeres han pasado de 24,3 años a 28,4 años en España y de 25,4 años a 29,2 años en Navarra. Los hombres en España han variado de 26,8 años a 30,4 años y en Navarra de 28 a 31,7 años.

La evolución de la población trabajadora de Navarra, muestra que la participación de la mujer en la población activa crece en todo el período (26) (Figura 2). En tasa de empleo el ascenso comienza a mediados de los 80 y se sostiene hasta el final del período. En el año 2000 la media de la tasa de

Figura 1. Edad media de la madre al nacimiento del primer hijo y edad media a la maternidad. Comunidad Foral de Navarra. 1975 a 2001

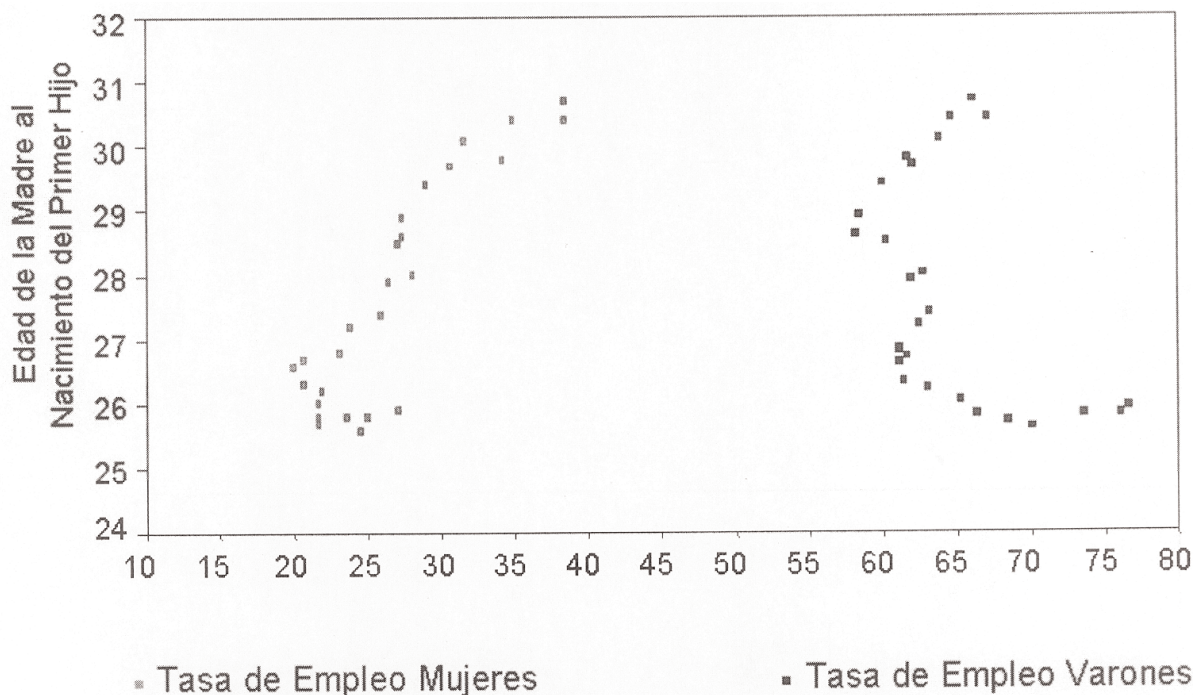
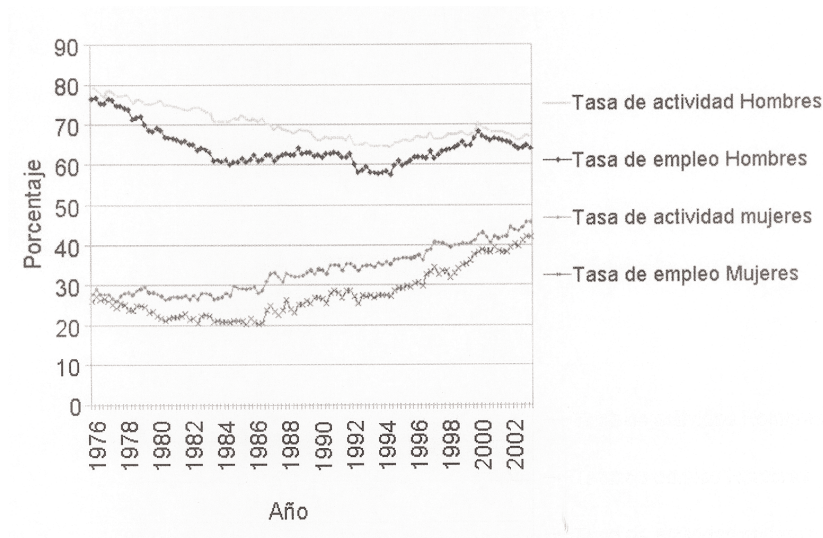


Figura 2. Participación de Hombres y Mujeres en la población Activa y población empleada. Comunidad Foral de Navarra. Años 1976 a 2001



empleo en Navarra ha sido de 52,01%, con una diferencia de casi 30 puntos entre géneros, 66,62% para hombres y 37,73% para mujeres.

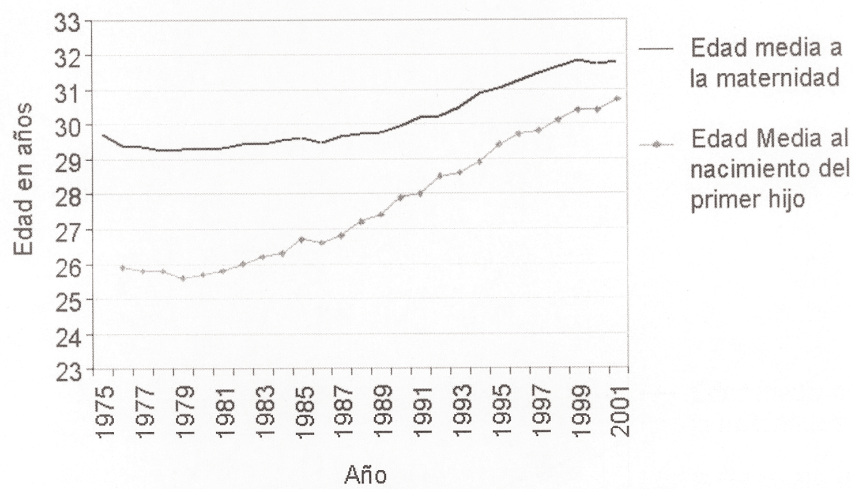
Las tasas de participación femenina en el empleo están por debajo de las masculinas. Las mujeres siempre han tenido cifras superiores a las de los hombres y es mayor en el total del país que en la Comunidad Foral.

La tasa de paro tiene dos puntos importantes de crecimiento, a mediados de los años 80 y a mediados de los 90, en esos periodos aumenta la diferencia

entre hombres y mujeres, lo que confirma la idea que las crisis económicas comprometen más el empleo femenino que el masculino.

Se encuentra correlación positiva entre la participación de la mujer en la población ocupada y el aumento en la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, lo mismo ocurre para la edad media a la maternidad y la edad media al primer matrimonio. Con aumento de la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, cuando crece la participación en el empleo (correlación es significativa). (Figura 3)

Figura 3. Población ocupada y edad media al nacimiento del primer hijo. Comunidad Foral de Navarra, 1976 a 2001.



En Navarra la tasa de participación masculina en el empleo se correlaciona negativamente con la edad de la madre al nacimiento del primer hijo (-0.428, estadísticamente significativo). (Figura 3)

DISCUSIÓN

El papel de la mujer en la sociedad actual se ha ido modificando, teniendo cada vez mayor incorporación al mercado laboral, con retraso en la edad del primer embarazo, que al ser tardío puede requerir terapias complementarias. El mercado laboral ofrece a la mujer puestos de trabajo con cargas más altas que las en los empleos que desempeñaba clásicamente, sin que la dinámica preventiva de las empresas disponga de puestos sin riesgo para el embarazo. Parece razonable pensar que el efecto que el embarazo está teniendo en la frecuencia y duración de la IT es un elemento con el que hay que contar en los análisis de la IT por género.

Puede afirmar que tener un contrato temporal, ocupar un puesto de trabajo de bajo nivel, tener más de 34 años y trabajar en la industria son la características de las mujeres con menor número de embarazos, mientras que las mayores proporciones de éstos se presentan entre las trabajadoras fijas, con puesto de trabajo alto, con menos de 34 años y del sector servicios .

La contratación de carácter fijo puede ayudar a la mujer a decidir un embarazo en la medida en que elimina la incertidumbre que origina la no continuidad en el empleo que conlleva, entre otras pérdidas, la de la capacidad económica para hacer frente a los nuevos gastos que supone el nacimiento y crianza del hijo.

Los puestos de mayor nivel podrían facilitar el embarazo no sólo por estar relacionados con un mayor poder adquisitivo derivado de razones salariales, sino también por las mayores posibilidades de ayuda doméstica de este colectivo de mujeres, así como por el desempeño de puestos con menor carga física, lo que hace que el trabajo reproductor sea más asumible para estas trabajadoras.

La asociación observada con el trabajo en el sector servicios lleva a pensar en la administración pública como gran empleador de la mujer trabajadora, por ser proveedor de trabajos sanitarios, docentes y administrativos que han estado tradicionalmente ocupados por mujeres. A su vez cabría pensar que su propia orientación social y su sentido menos mercantil del trabajo genere un clima más amable para la trabajadora que va a decidir un embarazo.

La búsqueda retrospectiva de episodios de IT relacionados con el embarazo a partir de casos de parto conocido confirma que los estudios habituales ignoran al menos la mitad de los procesos de baja debidos a la gestación y estos días perdidos se le atribuyen a la mujer como absentismos por patología común, lo que conlleva ese estigma de "mujer = bajista", que puede llegar a ser discriminador a la hora de su acceso al trabajo. Los procesos por complicaciones del embarazo sólo representan la mitad de todos los motivados por este estado.

Aparte de las complicaciones del embarazo, en las embarazadas ocupa un lugar preponderante la enfermedad osteomioarticular, cuya proporción es más del doble que para mujeres no embarazadas. Debido a las adaptaciones dinámicas que sufre el cuerpo de la mujer por el aumento de peso y volumen que supone el embarazo, la respuesta a los requerimientos ergonómicos de su puesto de trabajo puede verse modificada, cosa que es más probable en aquellas que desempeñen puestos de menor cualificación y que podría estar interviniendo en la explicación de la prevalencia de estos problemas de salud.

Es importante la constatación de que las bajas por lumbago durante el embarazo en mujeres de puesto de nivel bajo casi duplican las ocurridas por igual motivo en mujeres de puestos de nivel alto, cosa que aunque menos frecuente, también se observa en los procesos por varices. En la explicación de este hecho hay que volver a mencionar el papel que la carga postural de los puestos de trabajo de menor cualificación puede estar jugando, es aquí donde habría que hablar de que una correcta política preventiva en las empresas, con puestos de trabajo adaptados a la embarazada, haría evitables los episodios de IT. Por ello se puede afirmar que la falta de desarrollo de políticas de protección de la maternidad en el trabajo y otros cambios culturales relacionados con el concepto de salud dan lugar a un incremento de Incapacidad Temporal durante el embarazo de carácter evitable y no atribuible a complicaciones del embarazo en estricto sentido. Análisis similares tras la implantación de la figura de riesgo para la maternidad permitirían conocer si se ha reducido el impacto en la IT debido a condiciones de trabajo desfavorables, que afectarían sobre todo a los puestos de bajo nivel de cualificación.

Resulta interesante comprobar que astenia, vómitos, varices y edemas no son objeto de frecuentes procesos de baja, a pesar de ser prevalentes en el embarazo. Los cuadros más numerosos son debidos a cuadros de mayor entidad clínica, lo que contradi-

ce la sospecha extendida de medicalización generalizada del embarazo.

En este estudio se pone de manifiesto que la incapacidad temporal debida al embarazo es la que hace que en los análisis de absentismo por género salga desfavorecida la mujer y por tanto este indicador se convierta en motivo de discriminación laboral. Una vez eliminados los episodios de baja de mujeres embarazadas, la incidencia de incapacidad temporal en menores de 45 años es mayor en hombres que en mujeres, sobre todo a costa del grupo de hombres menores de 35 años. Esta diferencia en la tasa podría ser aun mayor si en lugar de eliminar todos los procesos de las mujeres embarazadas, se hubiesen excluido sólo los seleccionados como directamente relacionados con el embarazo ya que, como se dijo, se asumió a priori que las mujeres que tienen un embarazo a término son las más sanas dentro del grupo de 16 a 45 años.

Así mismo una vez eliminada la influencia del embarazo, se observa una mayor tasa de procesos por trastornos mentales y de cáncer entre las mujeres no embarazadas que entre los hombres. Respecto a los primeros hay que recordar que la doble jornada recae fundamentalmente en la mujer y que en la actualidad lo mismo ocurre con el trabajo cuidador y asistencial de las familias, provocando repercusión en la salud síquica de las mujeres. En cuanto al cáncer, principalmente de mama, la explicación está sobre todo en la patogénesis, que a diferencia de otros tumores hace que afecte a mujeres menores de 45 años.

El embarazo parece ser realmente el factor de más peso para explicar las diferencias en hombres y mujeres sobretodo en cuanto a incidencia y duración de la IT. Para completar la investigación sería necesario llevar a cabo nuevos estudios calculando los días de IT atribuibles a la tarea cuidadora de la mujer incluyendo variables como número de hijos o ancianos en el hogar, ayudas externas u otras.

Los días de trabajo perdidos por IT en cada embarazo son 38. Esta cifra está muy por debajo, por ejemplo, de los 89,2 días de media anual de duración de las IT por agentes externos en 2001 (sobre todo debidos a accidentes no laborales, ya sea de tráfico, ocio o doméstico) con valores de 102,6 días para los hombres y 66,6 para las mujeres. También se podrían comparar con otro tipo de patologías de duración menos extrema, como las enfermedades endocrinas que generaron una IT de duración media de 38 días, o las enfermedades del tejido osteomioarticular con 48 días y con las IT por patologías

específicas, entre las que se puede citar como ejemplo la ciática que genera IT de duración media de 63 días, la cervicalgia 46 días y la herniorrafia inguinal 46 días (17). Conociendo estos resultados es absurdo pensar que el embarazo es la principal causa de IT y el factor que mayor ausentismo genera. Las patologías citadas son mucho más frecuentes que el embarazo y generan IT de superior duración.

Las medidas para aumentar la natalidad y el empleo, bases del actual estado del bienestar, deben ir de la mano y pasan por mejorar las ayudas sociales a la familia, lo que permitirá una mayor incorporación de la mujer al trabajo. Dado que la tasa de empleo de la mujer en Navarra es 30 puntos inferior a la de los hombres, parece claro deducir que es entre las mujeres donde se ha de buscar el incremento de la mano de obra (26). Para conseguirlo, además de dotar de ayudas para compatibilizar trabajo doméstico y familiar, habrá que desterrar tabúes existentes entre el empresariado para la contratación de mujeres, como lo es la creencia de su mayor absentismo por enfermedad.

En los países nórdicos la tasa de ocupación de las mujer es superior al 70%, lo que ha llevado a decir a Navarro (31) que "la integración de la mujer al mercado de trabajo ha sido en los países de tradición socialdemócrata la causa de la riqueza y de su extenso desarrollo del estado del bienestar. Esta percepción de que los servicios de ayuda a la familia son una inversión en el desarrollo económico y social en lugar de un consumo, está escasamente desarrollada en círculos económicos y financieros del país, portavoces del pensamiento neoliberal".

El descenso de las tasas de fecundidad en Navarra no permite garantizar su renovación poblacional y exige, tal como indican algunos autores (32), una redistribución del trabajo productivo y reproductivo entre géneros y el desarrollo de servicios sociales que permita que hombres y mujeres tengan iguales oportunidades tanto en el acceso al mercado laboral, como en su desarrollo personal y social, sin tener que renunciar éstas a la maternidad para alcanzar el objetivo del empleo. Equidad que además de darse según género, se ha de dar según clase social (33), que aquí vendría marcada por la cualificación del puesto de trabajo y el tipo de contratación. La actual segregación de la mujer respecto al hombre la lleva a ocupar puestos de trabajo de nivel más bajo y de contratación temporal.

Dentro de las políticas necesarias para aumentar las tasas de fecundidad debería también contemplarse la de cobertura de la maternidad, que está ligada

al absentismo laboral y que en España es de 16 semanas, mientras que en países como Dinamarca es de 28 semanas o de 20 en Italia (34).

El retraso en la edad de la mujer al nacimiento del primer hijo no significa necesariamente una renuncia o una nueva priorización de la maternidad frente a otras metas, puede indicar que, al asumir una actividad laboral, se encuentra ante las dificultades que ésta comporta actualmente por el precario desarrollo de políticas de apoyo familiar, la rigidez de los sistemas de organización laboral y el desigual reparto entre géneros de las tareas domésticas y la crianza de los hijos por lo que demora la decisión, esperando tener unas circunstancias más favorables (35).

En este estudio se ha visto que suprimiendo la incapacidad temporal por embarazo, la mujer menor de 45 años presenta menores tasas de IT que los hombres de igual edad y que el embarazo no es un lastre para las ausencias por enfermedad ya que sólo son atribuibles 38 días de baja por cada embarazo, valor que se encuentra muy por debajo por ejemplo del que se deriva de los accidentes no laborales. Por todo ello es infundado que la incapacidad temporal debida al embarazo pueda llegar a ser un elemento de discriminación de la mujer para su entrada al mercado laboral.

Con estos hallazgos es lícito pensar que la participación de la mujer en la vida laboral afecta directamente sus posibilidades reproductivas, en tanto que las retrasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavides, F. G., Aranaz, J., Bolumar, F., Alvarez-Dardet, C. La Incapacidad Laboral Transitoria, algo más que un Problema de Salud. *Rev. San. Hig. Púb.* 1990;64:749-757.

2. Feeney A., North F., Head J., Canner R., Mamort M. socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 1998; 55:91-98.

3. Benavides F, Castejón E, Murillo C, Palomero C. La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. *Consell de Treball Econòmic i Social de Catalunya.* 2003

4. Gründeman R., Vuuren C. Preventing absenteeism at the workplace. Dublin. European Foundation for Improvement of living and Working Conditions. 1997.

5. Artázcoz L., Artieda L., Borrell C., Cortés I., Benach J., García V. Combining job and family demands and being healthy. What are the differences between men and women? *Eur. Jour. of publ. Health* 2004;14:43-48

6. Artázcoz L., Moya C., Vanaclocha H., Pont P. . La salud de las personas adultas. *Gac. Sanit.* 2004;18(Supl 1):56-68

7. McDiarmid M., Gucer P. . The "generally recognized as safe" status of women's work. *2001 Jour. of Occup. and Envir. Med.* ; 43 (8): 665-669

8. Artázcoz L., Escribá V., Cortès I. . Género, trabajos y salud en España. *Gac. Sanit.* 2004;18(Supl 2):24-35.

9. North, FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II study. *Am J Public Health* 1996; 86:332-340.

10. Moncada S., Cortés I., Molinero E., Artazcoz L., Borrell C. Absentismo Laboral y Categoría Profesional en la cohorte "Casa Gran" del Ayuntamiento de Barcelona 1984-1993. VII Congreso SESPAS. 1997.

11. Mira M. Benavides F. G., Sáez M., Barceló M. A., Román C., Matamoros J. Ocupación e Incapacidad Temporal: Un estudio descriptivo de dos cohortes de trabajadores del transporte público de Barcelona. *Arch. Prev. Riesgos Labor.* 1999; 2(4):151-158.

12. Castejón J., Jarque S., Benach J., Company A., Fabrega O., Funes X, Benavides F. G. El Papel de las condiciones de Trabajo en la Incidencia de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes. Resultados de un Estudio Piloto. *Arch. Prev. Riesgos Labor.* 2000; 3(1):12-17.

13. Artázcoz L., Borrell C., Benach J., Cortès I., Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science Med.* 2004;59:263-274

14. Garcia M., Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gac. Sanit.* 2004;18(Supl 2):83-92

15. Larrañaga I., Arregui B., Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gac. Sanit.* 2004;18(Supl 1):31-37

16. Abascal E, Franco MA, Gómez S, Mallor F, Moler JA, Santos J. (2001) Análisis del impacto del embarazo en el absentismo por causa médica. Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad Pública de Navarra, 2001
17. Artieda L, Cipriáin C, Extramiana E, Fernández J., Ceberio P., Iriarte L., Martínez L. Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral. Navarra 1998-2002. Comunidad Foral de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004
18. Regidor E., Ronda E., García A., Domínguez V. Paternal exposure to agricultural pesticides and cause specific fetal death. 2004. *Occup. Envir. Med.*; 61:334-339
19. Escribá V., Pérez S., Saurel M. Physical load and psychological demand at work during pregnancy. 2001. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* ; 74:583-588
20. Irgens A. Irgens L., Reitan J., Haldorsen T. Tveten U. Pregnancy outcome among offspring of airline pilots and cabin attendants. *Scand. J. Work Environ Health* 2003; 29(2):94-99
21. Wergeland E., Strand K. Work pace control and pregnancy health in a population-based sample of employed women in Norway. *Scand. J. Work Environ Health* 1998; 24(3):206-212
22. García A. Condiciones de trabajo y reproducción : un recorrido por las evidencias. *Arch Prev. Riesg. Labor*. 1999; 2(1):19-25
23. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre
24. Lezaun M. et al. Control de la actividad sanitaria y análisis del conjunto mínimo de datos de los servicios de prevención propios y ajenos en Navarra-2002. Navarra. Sección de Investigación y Epidemiología Laboral. Instituto Navarro de Salud Laboral. 2003 Informe técnico
25. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras. BOE nº 266, de 6 de noviembre
26. Instituto Nacional de Estadística. (2004) Encuesta de población activa. Inebase. Sociedad, Mercado Laboral, Encuesta de población activa. Principales resultados nacionales, autonómicos y provinciales (desde trimestre 3/1976 hasta el último publicado). <http://www.ine.es>
27. MTAS (2003). Información Estadística. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ediciones 1998 a 2002 www.mtas.es/estadisticas/inicioa01.htm
28. MTAS (2004) Encuesta de Coyuntura Laboral. Cuarto trimestre de 2003, Serie desde el Trimestre I de 1999. <http://www.mtas.es/estadisticas/ECL/Welcome.htm>
29. INSL (2004) Estadísticas. Incapacidad temporal en Navarra. <http://www.cfnavarra.es/insl/>
30. Instituto de Estadísticas de Navarra. (2003) Movimiento Natural de la Población. Avance 2002. 16 de Abril de 2003, Comunidad Foral de Navarra.
31. Navarro V. "Mujer, política y desarrollo". *El País* 2004 Julio 24; p.12 (col 1-5).
32. Maroto-Navarro G, García-Calvete MM, Mateo-Rodríguez I. (2004) El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit*, 2004; 18 (Supl 2):13-23.
33. Santolaria E, Fernández A, Daponte A. (2004) El Sector Productivo. *Gac Sanit*, 2004; 18(Supl 1):24-30.
34. CE (1999) Informe de la Comisión sobre la aplicación de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, 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 haya dado a luz o en período de lactancia. Comisión De Las Comunidades Europeas. Bruselas.
35. Solsona M, Viciana F. (2004) Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit*, 2004; 18(Supl 1):8-15.