

## TRATAMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN LA LEY ORGÁNICA DE IGUALDAD

FRANCISCO A. GONZÁLEZ DÍAZ

*Profesor Titular Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*

Universidad de Murcia

francisco@um.es

SUMARIO: I. contenido de las políticas de salud. II. El papel de las administraciones públicas en las políticas de salud. III. Actuaciones de los servicios de salud públicos. 1. Actuaciones a nivel nacional. 2. Actuaciones a nivel autonómico. IV. el principio de igualdad en el marco sanitario. 1. Actuaciones públicas en materia sanitaria. 2. Sistema sanitario promocional y preventivo. 3. Ámbito subjetivo de la asistencia sanitaria. 4. Acceso a prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad. 5. Superación de desequilibrios territoriales y sociales. 6. Políticas, estrategias y programas de salud enmarcadas bajo el principio de igualdad. 7. Garantía del «igual derecho» de la mujer a la salud. V. Las prestaciones del sistema sanitario en el contexto de la igualdad. 1. La prestación de servicios en condiciones de igualdad efectiva. 2. La promoción y protección de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras. 3. Atención específica a la mujer. VI. Principio de igualdad y prevención de riesgos laborales. 1. Actuación de las Administraciones Públicas: igualdad y prevención. 2. Mujer, lactancia y trabajo. VII. Bibliografía.

RESUMEN: Las mujeres han protagonizado profundos cambios en los últimos tiempos, que requieren ser abordados desde muchos ámbitos y han provocado situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres que, además, comparten la característica de su repercusión en términos de salud y calidad de vida.

Esto justifica que al hablar de integración se tenga en cuenta el campo de la salud como vía de garantizar una auténtica igualdad de mujeres y hombres que conduzca a la clave del éxito económico y social.

Concretamente, este artículo analiza los esfuerzos realizados en la ley orgánica de igualdad y en otras leyes para conseguir que todo lo relacionado con políticas de salud se oriente a evitar la consagración de pautas de desigualdad entre hombres y mujeres. En el estudio se presta especial atención al papel de las Comunidades Autónomas al haber asumido determinadas competencias en materia de salud.

PALABRAS CLAVE: mujer, salud, igualdad, políticas, Comunidades Autónomas, lactancia.

**ABSTRACT:** During the last decades, women's lives have experienced deep changes that should be dealt with from different perspectives. These changes have given way to situations of inequality between men and women, and thus both share the consequences of these changes in terms of health and quality of life.

This justifies the fact that, when talking about integration, we take into account the health field as a way of guaranteeing an authentic equality between women and men to get a social and economic success.

The following article analyzes the efforts that have been made to elaborate the organic law on equality and other laws so that everything related to health policies tries to avoid unequal situations between men and women. In the study, a special emphasis is made on the role of the Autonomous Communities due to the fact that they have taken on some particular competences in terms of health.

**KEY WORDS:** woman, health, equality, policies, Autonomous Communities, Breastfeeding.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres (en adelante, LOI), contempla como novedad, junto a la prevención de conductas discriminatorias, la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad.

En este contexto, la LOI parece referirse a la generalidad de las políticas públicas en España, que se estarán sometidas a una ordenación general, bajo la óptica del principio de igualdad y perspectiva de género, consistente en el establecimiento de criterios de actuación de todos los poderes públicos en los que integra activamente, de un modo expreso y operativo, dicho principio; y con carácter específico o sectorial, la incorporación de pautas favorecedoras de la igualdad en políticas.

De manera específica el Capítulo II LOI establece los criterios de orientación de las políticas públicas en materia de educación, cultura y sanidad. Con la intención de aterrizar en una de ellas, en las próximas páginas, se analiza la importancia de la salud como elemento igualador.

Esto nos obliga a analizar los artículos (incluidas disposiciones adicionales) de la LOI relativas a la salud.

## **I. CONTENIDO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD**

El art. 27.1 LOI dispone que «las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente».

La vida cotidiana es, y se vive, de manera distinta en función de, entre otros factores, el género. Así, las mujeres han protagonizado profundos cambios en los últimos tiempos, que requieren ser abordados desde muchos ámbitos y que, además, comparten la característica de su repercusión en términos de salud y calidad de vida:

su incorporación al mercado laboral, la reducción de la fecundidad y el retraso del matrimonio y de la maternidad, el alargamiento de la esperanza de vida, la crisis del modelo familiar basado en los cuidados proporcionados por las mujeres, la inmigración y consiguiente llegada de mujeres procedentes de tradiciones y sistemas sanitarios muy diversos, etc. Junto a ello, existe cada vez mayor sensibilidad hacia realidades hasta no hace mucho tiempo poco visibles, como la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas de prevención de riesgos laborales<sup>1</sup>.

Para llegar a la instauración de una sociedad basada en la igualdad, es de capital importancia que los gobiernos integren de forma global la dimensión de género en sus políticas, en su organización y en sus prácticas<sup>2</sup>. Así, los poderes públicos han de incorporar la perspectiva de género en todas sus políticas y acciones, de modo que establezcan en todas ellas el objetivo general de eliminar las desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres<sup>3</sup>.

Por ello, resulta necesario que esa integración se produzca en el campo de la salud como vía de garantizar una auténtica igualdad de mujeres y hombres que conduzca a la clave del éxito económico y social. Esta integración de la perspectiva de género, en los temas relacionados con la salud supondrá, el análisis de la discriminación por razón de sexo y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de un modo transversal u horizontal en todos los niveles, fases y contenidos de la política de salud<sup>4</sup>.

La necesidad presente de actuar deviene de la exclusión de la mujer en las políticas y estrategias que han marcado el desarrollo de los pueblos. La insostenibilidad de esta situación ha generado a lo largo de la historia movimientos dirigidos a la incorporación de las necesidades de las mujeres en las distintas políticas de los gobiernos. La ONU establece diferentes etapas cuya evolución culmina en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing, donde se avanza significativamente en la comprensión de las necesidades de la población femenina como una importante materia en las políticas públicas de los diferentes Estados<sup>5</sup>.

---

1 Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011).

2 Carta Europea para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la vida local, pág. 3.

3 Como señala la Ley 4/2005, de 18 de febrero, del País Vasco, de Igualdad de Mujeres y Hombres, se entiende por integración de la perspectiva de género la consideración sistemática de las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorporando objetivos y actuaciones específicas dirigidas a eliminar las desigualdades y promover la igualdad en todas las políticas y acciones, a todos los niveles y en todas sus fases de planificación, ejecución y evaluación.

4 Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.

5 En el Documento de la ONU «The United Nations and the advancement of Woman. 1945-1995», Nueva York, 1995, pueden consultarse las distintas etapas de esta evolución.

Este avance se produce, en gran medida, impulsado por la aparición del enfoque de género, como referencia para entender, significar y proponer cambios que eliminasen los factores estructurantes de la desigualdad, de la exclusión y de la subordinación de las mujeres<sup>6</sup>.

Este análisis de género aplicado sobre aspectos de salud ha supuesto el tratamiento de la materia desde dos enfoques distintos:

1. Enfoque de las necesidades de salud de las mujeres, lo que se traduce en un estudio sobre las implicaciones que para ellas tienen las diferencias biológicas y epidemiológicas respecto al hombre.
2. Enfoque de la igualdad de género, que consiste en analizar como el género afecta a cuestiones de vulnerabilidad a la enfermedad o a la desigualdad en el disfrute de las prestaciones sanitarias.

En definitiva, el tratamiento de la igualdad de género en la salud abarca un conjunto de materias que pueden resumirse en los puntos siguientes:

- a. Enfermedad de cada género: En función de condicionamientos sociales las enfermedades sufridas por hombres y mujeres difieren, hasta el punto que determinados patrones culturales establecen la línea entre la salud de unos y de otros.
- b. Los roles de cada género: Hombres y mujeres tienen distintos comportamientos apropiados a su condición de género que condicionan el desarrollo de su propia salud, así como la de otras personas.
- c. Los riesgos de salud: Aunque esta cuestión sea abordada con mayor profundidad más adelante, baste señalar como la división de las tareas por razón del género implica, en ocasiones, que determinados riesgos se centren más en mujeres que en hombres o viceversa.

## **II. EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD**

El art. 27.2 exige a las Administraciones públicas que garanticen un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

---

6 GARCÍA PRINCE, E., «Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud», VVAA, Salud Pública. Enfoque bioético, ed. Desinlmed, 2005.

Son muchos los logros que se han conseguido en las últimas décadas en la consecución de la igualdad entre hombres y mujeres, pero a pesar de estos avances, aún se siguen evidenciando en la realidad social y cultural, hechos y situaciones que denotan cómo todavía no se ha alcanzado la igualdad real y efectiva entre los sexos. Desafortunadamente, en la sociedad actual perviven modelos de conducta y de relaciones entre hombres y mujeres que ponen de manifiesto los desequilibrios todavía existentes entre ambos y la necesidad de continuar avanzando para que se produzcan transformaciones estructurales y cambios realmente significativos en todos los ámbitos<sup>7</sup>.

Además, como señala la Ley 4/2005, de 18 de febrero, del País Vasco, de Igualdad de Mujeres y Hombres, los datos sobre el mercado laboral, la participación sociopolítica, la realización del trabajo doméstico, la violencia contra las mujeres, la pobreza, etc., siguen mostrando la existencia de una jerarquización en las relaciones y la posición social de los hombres y las mujeres que tiene su origen en los estereotipos y patrones socioculturales de conducta en función de sexo que asignan a las mujeres la responsabilidad del ámbito de lo doméstico y a los hombres la del ámbito público, sobre la base de una muy desigual valoración y reconocimiento económico y social. Al mismo tiempo, hay un importante número de mujeres que sufren una múltiple discriminación, ya que, junto a la discriminación por razón de sexo, padecen otras discriminaciones derivadas de factores como la raza, origen étnico, lengua, edad, discapacidad, patrimonio, orientación sexual, etc. Todo ello está condicionando, en muchos casos, el ejercicio pleno de los derechos inherentes a la ciudadanía por parte de las mujeres.

Hay, por tanto, una necesidad manifiesta de afrontar la realización de cambios concretos en esta materia; y entre estos se considera importante la realización de acciones relacionadas sobre salud. En nuestro país, a todas las ciudadanas y ciudadanos debe reconocerse un derecho a beneficiarse de un elevado nivel de salud física y mental, tal como reconoce el art. 43 CE al atribuir a los poderes públicos la protección de la salud. Esto se traduce, entre otras actuaciones, en que el acceso de hombres y mujeres a las prestaciones sanitarias debe realizarse en base al principio de igualdad.

No obstante, en la defensa de esta igualdad de oportunidades a disfrutar de unas prestaciones sanitarias debe tomarse en consideración las diferentes necesidades de mujeres y hombres. Estas necesidades no provienen sólo de diferencias biológicas sino de diferentes condiciones de vida y trabajo.

Nuestra legislación sanitaria apuesta en todo momento por una política de igualdad en el acceso a las prestaciones del Sistema de Salud, así como la consideración

---

7 Orden de 15 de mayo de 2006, de Andalucía, que regula y desarrolla las actuaciones y medidas establecidas en el I Plan de Igualdad entre Hombres y Mujeres en Educación.

de las especiales necesidades sanitarias que pueden requerirse para los pacientes de un sexo u otro. En este sentido el art. 3.2 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que «la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva». Por su parte, el art. 3 LSNS sanciona que son titulares de los derechos a la protección de salud y a la atención sanitaria todos los españoles.

Pero junto a la mencionada igualdad en el acceso a las prestaciones deben reconocerse prestaciones distintas en función del sexo del paciente. Esta política de desigualdad de género en el acceso a las prestaciones debe imperar en base a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Concretamente, al analizar el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se observa que en el contenido de la prestación de atención primaria se reserva un bloque a servicios de atención a la mujer<sup>8</sup> e igualmente el Sistema Sanitario ofrece pruebas terapéuticas que sólo proceden en un paciente u otro en función del sexo.

Por todo lo anterior, se considera necesario para conseguir la integración del principio de igualdad en la política sanitaria prestacional:

- a. La configuración de un Sistema Nacional de Salud en donde el suministro de servicios asistenciales se asiente sobre el principio de la equidad, por lo que junto a las consideraciones de salud para determinar el derecho a una determinada prestación también debe unirse los determinantes sociales que pueden conceder el derecho a una determinada atención sanitaria.
- b. La necesidad de que la mejora de la calidad y efectividad del sistema asistencial tiene como eje la consecución de la participación de diferentes actores que garan-

---

8 Concretamente, las actuaciones en atención primaria abarcan cuatro bloques:

1. Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
2. Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.
3. Atención al embarazo y puerperio, que comprende:
  - a) Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.
  - b) Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
  - c) Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.
  - d) Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.
4. Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.

tice una asistencia sanitaria desde una perspectiva de género. Esta participación pondrá de manifiesto aspectos tan importantes como el conocimiento de los problemas de salud propios de las mujeres o las diferencias de género y sexo en la investigación médica.

### III. ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

La LOI, de manera expresa, compromete a las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, a desarrollar, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, una serie de actuaciones

#### 1. Actuaciones a nivel nacional

Para dar respuesta a lo expresado anteriormente, la LOI, propone una serie de acciones que encomienda a las Administraciones públicas, a través de los servicios de salud.

*a. La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación*

Sobre esta cuestión resulta interesante la sensibilización que debe realizarse por parte de las autoridades sanitarias, a través de campañas educativas, dirigidas a la población, evitando en lo posible los prejuicios, prácticas, utilización de expresiones verbales y de imágenes fundadas sobre la idea de la superioridad o de la inferioridad de uno u otro sexo, o sobre los roles masculinos y femeninos estereotipados en el ambiente sanitario. Así, las campañas educativas deberían centrarse en la promoción de imágenes positivas de ambos sexos.

Se considera de especial relevancia, dentro de las acciones de educación sanitaria que protegen la salud de las mujeres, aquellas destinadas o enfocadas hacia la mujer inmigrante. La población inmigrante es considerada como grupo de riesgo, sin darnos cuenta que, entre otros, son los condicionantes sociales o la precariedad laboral los que influyen negativamente en su salud. Además, el desconocimiento del sistema sanitario, de las prestaciones, unido a las dificultades de acceso al sistema sanitario, ocasiona que las mujeres acudan al sistema sanitario de manera tardía dificultando la eliminación del problema de salud<sup>9</sup>.

---

9 OBSERVATORIO SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD, «Género, Salud y migración», Boletín sobre desigualdades de género en salud, nº 8, 2006, <http://genero.sespas.es/boletin200306.htm>

En definitiva, una de las líneas de las políticas de salud en la defensa del principio de igualdad debe dirigirse a la atención sanitaria educacional de colectivos marginales como los inmigrantes.

De forma más general y como de manifiesto el Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011), debe elaborarse material de educación para la salud que refleje las características de género en las enfermedades más prevalentes.

*b. El fomento de la investigación científica que atienda a las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales*

Los papeles del hombre y la mujer y las desigualdades en las relaciones de género interactúan con otras variables sociales y económicas, lo que da lugar a que las pautas de exposición a los riesgos para la salud sean diferentes, y a veces no sean equitativas<sup>10</sup>.

Siguiendo el Informe de Género 2005, se observa como determinadas enfermedades tienen una particular incidencia dependiendo del sexo. Así, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en mujeres (39% del total) y en hombres (30%). Concretamente, en el infarto de miocardio debido a los diferentes factores de riesgo cardiovascular en mujeres (hipertensión, uso terapéutico de compuestos hormonales) que en hombres (tabaquismo, hipertensión y diabetes), se observa como el patrón de presentación del infarto agudo difiere en hombres y mujeres. Sobre esta enfermedad deben realizarse estudios en relación a la demora en recibir tratamiento, la letalidad y la atención médica recibida ante un diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

El cáncer es otra de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. El tipo y la incidencia presenta diferente patrón en hombres que en mujeres. En los hombres el más importante en cuanto mortalidad e incidencia es el cáncer de pulmón. El cáncer de mama es la primera causa de muerte y el que provoca mayor número de años potenciales de vida perdidos en las mujeres en edades medias.

En el caso de la diabetes la tasa de mortalidad es sensiblemente superior en mujeres (28.5%) que en hombres (19,4%), fundamentalmente debido a factores de riesgo adicionales derivados del embarazo y parto.

---

10 POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario de género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>, pág. 3.

Junto a las anteriores enfermedades, existen otras cuyo desarrollo afecta de manera casi exclusiva a la mujer como la osteoporosis o la fibromialgia.

En definitiva, se debe tender a huir del comportamiento clásico mantenido a lo largo del tiempo en la investigación médica, en donde las prioridades marcadas, la utilización de métodos y el tratamiento de datos, reflejan una perspectiva masculina en los estudios biomédicos<sup>11</sup>, siendo protagonistas en los ensayos clínicos las muestras de hombres como sujetos de estudio<sup>12</sup>.

Hay que buscar una equidad de género para llegar a una igualdad en donde se instaure la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona, sobre todo en el campo de la investigación médica. Sólo de este modo los avances científicos responderán de igual modo a las necesidades sanitarias de hombres y mujeres.

En los planes autonómico se salud se insiste en esta idea. Así, el Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011), contempla la necesidad de impulsar los estudios e investigaciones destinados a conocer los determinantes socioculturales y a mejorar la atención sanitaria, las formas de diagnóstico y las terapias de aquellas enfermedades con mayor incidencia en las mujeres, así como el autoconocimiento de la salud de las mujeres.

*c. La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de género*

Dentro de la protección de la seguridad y salud en el trabajo se aprecian en los últimos tiempos la presencia de nuevos riesgos a los que debe darse respuesta por parte de los empleadores o administraciones públicas<sup>13</sup>. Entre estos riesgos cabe señalar expresamente, el acoso sexual, entendido como cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular, cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

---

11 OBSERVATORIO SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD, «Desigualdades de género en la asistencia sanitaria», Boletín sobre desigualdades de género en salud, nº 5, 2005, <http://genero.sespas.es/boletin050605.htm>

12 Y, además, extrapolarlo automáticamente estos resultados a las mujeres. RUIZ CANTERO, M.T. y VERDÚ DELGADO, M., «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en España», Gaceta Sanitaria nº 18, 2004, pp. 118 y ss.

13 CAVAS MARTÍNEZ, F., «Derecho de la prevención y nuevos riesgos profesionales», Revista Aranzadi Social nº 18, 2005.

Respecto al acoso por razón de sexo, se define como cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo<sup>14</sup>.

Estos tipos de acoso son contrarios al principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres y constituyen discriminación por razón de sexo a efectos de la Directiva 2006/54/CE, de 5 de julio, relativa al principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación. Como reconoce norma, estas conductas de acoso se producen no sólo en el lugar de trabajo, sino también en el contexto del acceso al empleo, a la formación profesional y a la promoción.

La defensa de los derechos de las personas afectadas por estas situaciones parte de la necesidad de los Estados de arbitrar medidas de protección que pueden abarcar distintos ámbitos, entre ellos el sanitario, que se materializa en las distintas unidades que componen el sistema sanitario público.

Por tanto, nos encontramos ante un mandato a los Servicios de Salud de realizar actuaciones tendentes a la protección de la salud laboral cuando pueda dañarse por motivos de acoso. Hasta ahora, la protección del Sistema Nacional de Salud en materia de prevención de riesgos actuaba en tres niveles:

1. Art. 10 LPRL, que a nivel general le corresponde la evaluación y control de las actividades que con carácter sanitario realicen los servicios de prevención, así como de las actividades de formación de personal sanitario, la implantación de sistemas de información que permitan la elaboración de mapas de riesgos y la divulgación de estudios.
2. Art. 22.5 LPRL al atribuir los reconocimientos médicos postocupacionales a la sanidad pública.
3. Art. 26.2 y 3 LPRL, al reconocer que, en la certificación necesaria para la protección de la mujer embarazada y madre lactante, puede intervenir el médico de la Seguridad Social que atiende a la trabajadora.

Con este nuevo mandato se amplía la actuación de la Administración Sanitaria pasando a adquirir nuevas responsabilidades en materia preventiva. La introducción de estas competencias debería haber venido acompañada de una reforma del art. 10 LPRL, introduciendo dentro de las líneas generales de actuación de las Admi-

---

14 La definición del art. 7 LOI mejora el concepto de estos términos en coherencia con los contenidos de la Directiva de igualdad, pero siguen sin resultar suficientemente clarificadores para abarcar toda la complejidad del fenómeno que pretende definir. PÉREZ DEL RIO, T., «La Ley Orgánica de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Aproximación para el debate», *Revista de Derecho Social* n° 37, 2000, p. 239.

nistraciones públicas en materia sanitaria la sensibilización del daño que el acoso produce en la seguridad y salud. Nos encontramos ante una Ley de Igualdad y la importancia de la erradicación de estas conductas no puede producirse sino se arbitra un completo sistema de interacción entre los agentes implicados y las normas que deben defender estas situaciones.

*d. La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género*

La labor formativa se considera esencial como vehículo para alcanzar el principio de igualdad en todos los ámbitos sociales. Centrándonos en el campo de salud, se considera acertado que la formación debe orientarse a la eliminación de estereotipos y de los obstáculos sobre los que se sustenta las desigualdades de las mujeres y constituyen la razón de la desigual valoración de los roles que desempeñan mujeres y hombre en el ámbito sanitario. Resulta significativo el porcentaje elevado de mujeres que desempeñan la labor de auxiliar sanitario, así como el elevado número de hombres que actúan como celadores.

El Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011), considera esencial facilitar el intercambio de experiencias sobre las relaciones entre género y salud entre profesionales de los diferentes ámbitos: atención primaria, atención especializada, planificación familiar, seguridad y salud laboral, etcétera.

Desde la normativa autonómica también se ha fomentado el principio de igualdad en la formación. Destaca la Ley 7/2004, de 16 de julio, para la igualdad de mujeres y hombres, cuya modificación por la Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia, introdujo la posibilidad de realizar acciones positivas en las actividades formativas. Así, en los cursos, jornadas u otras actividades formativas organizadas o financiadas por la Administración pública gallega se reservará un cincuenta por ciento de las plazas a mujeres que reúnan los requisitos exigidos en la convocatoria, que accederán al turno reservado sólo si no hubiera suficientes solicitudes de participación de las mujeres.

En cuanto a la violencia de género, se ha convertido en un grave problema de salud pública con consecuencias importantes para las mujeres, en cuanto colectivo que mayoritariamente sufre este problema, en el terreno físico<sup>15</sup> y psíquico. Por ello,

---

15 Así, las lesiones, el miedo y el estrés pueden ocasionar importante problemas de salud. INFORME SALUD Y GÉNERO 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 80.

se considera importante la participación de los Servicios de Salud como vehículo para garantizar la dignidad y la integridad física y moral de las mujeres<sup>16</sup>.

De modo concreto el papel que debe exigirse al Sistema Sanitario para paliar estas situaciones parte de una serie de acciones enfocadas a:

1. Suministrar apoyo sanitario, tanto asistencial como de urgencia, a las víctimas. Dentro de este apoyo, no sólo debe considerarse aquellas acciones que vayan orientadas hacia la recuperación física de la víctima, sino también psicológica<sup>17</sup>.
2. Suministrar información desde los centros de atención primaria, y en las distintas lenguas empleadas de forma mayoritaria en ese ámbito geográfico, de las medidas arbitradas por las Administraciones para la protección de este colectivo, haciendo hincapié, especialmente, en las ayudas disponibles.
3. Promover campañas de sensibilización desde Centros de Salud y hospitales destinadas a las víctimas como a sus agresores.
4. Promover estudios de investigación específicos, abandonando aquellos sectoriales que se centran en la violencia física, en cuanto que es más fácil de cuantificar que la violencia de otra naturaleza.
5. Creación de espacios propios dentro de los centros sanitarios de asistencia donde la víctima se encuentre segura.
6. Garantizar la formación de equipos sanitarios que pueda ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia de género. El propio texto de la LOI insiste en esta idea, por lo que debe fomentarse este tipo de formación y adquisición de habilidades como vía de descubrir nuevos casos de violencia género. Además debe garantizarse que este personal disponga del tiempo necesario para la atención a cada paciente.

*e. La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del sistema Nacional de Salud*

Con la base constitucional del art. 14 CE en donde se reconoce el principio de igualdad y la necesidad de no discriminación, desde la Administración Pública se han sentado los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a la función pública, lo que supuso un cambio radical respecto a la anterior legislación. De este

---

16 En la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León, se prevé la capacitación del personal sanitario para que sea receptivo ante cualquier manifestación que pueda ser sugestiva de maltrato.

17 En este sentido, la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Comunidad Valenciana, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, atribuye a las administraciones públicas valencianas, en el ámbito de sus competencias, asistencia jurídica y psicológica especializada y gratuita a las víctimas de la violencia de género.

modo, tanto la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, como sus reglamentos de desarrollo, contribuyeron positivamente al desarrollo del principio de igualdad de género en las Administraciones Públicas.

Sin embargo, ese camino inicial no contaba con la evolución del mercado de trabajo al producirse una incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, lo que se tradujo en la creación dos clases de tejido funcionarial. Uno, referido a los hombres y en la que ocupan puestos directivos y de especial relevancia y, otra de mujeres, en donde la ubicación en puestos de responsabilidad era inversamente proporcional a la de los hombres. La razón fundamental de este esquema radica en el tradicional papel que desempeña la mujer en el ámbito familiar, donde se reconoce como responsable principal en el cuidado de hijos, esposo e incluso padres.

De este modo, se ha llegado a una situación en donde el mencionado incremento de la incorporación de la mujer no se ha visto acompañado suficientemente de medidas que favorezcan la consolidación de un nuevo sistema de gestión en donde la cooperación entre hombres y mujeres conduzca al anhelado propósito de un reparto de responsabilidades de ambos sexos en la vida profesional<sup>18</sup>.

Centrándonos en el Sistema Nacional de Salud, debemos empezar definiéndolo como el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Además, debe añadirse, que en la actualidad el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas ha concluido, con lo cual a éstas les corresponde jugar un importante papel en la consecución de una verdadera presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos.

---

18 En la Ley 4/2005, de 18 de febrero, del País Vasco, de Igualdad de Mujeres y Hombres, se proclama la aprobación de un sistema las normas que regulen los procesos selectivos de acceso, provisión y promoción en el empleo público, y por tanto debe incluirse el sanitario, que deben incluir:

- a. Una cláusula por la que, en caso de existir igualdad de capacitación, se dé prioridad a las mujeres en aquellos cuerpos, escalas, niveles y categorías de la Administración en los que la representación de éstas sea inferior al 40%, salvo que concurran en el otro candidato motivos que, no siendo discriminatorios por razón de sexo, justifiquen la no aplicación de la medida, como la pertenencia a otros colectivos con especiales dificultades para el acceso y promoción en el empleo.

Los órganos competentes en materia de función pública de las correspondientes administraciones públicas han de disponer de estadísticas adecuadas y actualizadas que posibiliten la aplicación de lo dispuesto en el apartado a).

- b. Una cláusula por la que se garantice en los tribunales de selección una representación equilibrada de mujeres y hombres con capacitación, competencia y preparación adecuada.

Por tanto, corresponde a las CCAA, en mayor medida que la Administración General del Estado el establecimiento de actuaciones que logren la mencionada presencia equilibrada, dentro del esquema sanitario.

En la búsqueda de ese equilibrio se considera acertado extrapolar la ORDEN APU/526/2005, de 7 de marzo, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de Consejo de Ministros de 4 de marzo de 2005, por el que se aprueba el Plan para la igualdad de género en la Administración General del Estado<sup>19</sup> al concreto ámbito sanitario, donde, como se ha mencionado, las CCAA tienen que asignado un papel preponderante.

Concretamente, las administraciones sanitarias de las CCAA deberían trabajar para promover el acceso de las mujeres al empleo público sanitaria en condiciones de igualdad, mérito y capacidad, especialmente, en los cuerpos o categorías en las que se encuentren infrarrepresentadas. Con este objetivo las medidas que parecen más adecuadas abarcan tres áreas:

*Informativo:* Debiendo crear unidades de información, asesoramiento y asistencia sobre cómo acceder a un empleo público para facilitar el acceso de las mujeres al empleo público sanitario.

*Promocional:* Debiendo indicar en las convocatorias si existe infrarrepresentación de personas de alguno de los sexos. Sobre esta cuestión sería interesante medidas relativas al establecimiento de un porcentaje para el acceso a aquellas ocupaciones de carácter público sanitario con baja representación femenina.

Del mismo modo, se considera acertado la reserva de un número adecuado de plazas a las empleadas sanitarias que reúnan los requisitos, en las convocatorias de cursos de formación de directivos. Igualmente, teniendo en cuenta que los grupos C y D de la Administración Sanitaria se encuentran dominados por mujeres, parece adecuado el establecimiento de actividades formativas orientadas a la promoción interna.

*Paritaria:* En la composición de los tribunales y comisiones regirá la aplicación del criterio de paridad entre ambos sexos. Sobre esta cuestión debe criticarse que la Oferta de Empleo Público 2007, publicada por la Orden APU/617/2007, de 12 de marzo, únicamente, señala en su base 4 que la Comisión Permanente de Selección, velará, de acuerdo con lo previsto en el art. 14 CE, por el estricto cumplimiento del principio de igualdad entre sexos, sin mención a la composición paritaria de los órganos de selección.

Al mismo tiempo la paridad cabe exigirse en los órganos colegiados de la Administración Sanitaria, e incluso en los puestos de libre designación debe intentarse que su cobertura guarde una cierta relación con la idea del principio de igualdad en los cargos directivos de la Administración.

---

19 BOE de 8 de marzo de 2005.

Junto a lo anterior, por parte de la Administración Sanitaria, tanto General como Autonómica, nos encontramos con la necesidad de abordar la elaboración de un Plan Estratégico para la igualdad de género en el ámbito de la salud pública. La concreción de este Plan pasa por el desarrollo de tareas de investigación y análisis de la situación de la mujer en la Administración Sanitaria de manera transversal. El objetivo final se enfoca a conseguir una serie de actuaciones que modifiquen la actual configuración del sistema ayudando a la creación de un sistema de gestión compartida que se adapta a la realidad heterogénea de la sociedad de nuestros días.

Concretando lo anterior, y sobre la base de eliminar el sistema de valores imperante en donde se permite una selección laboral que conduce a la marginación de la mujer en los puestos directivos sanitarios, el Plan Estratégico que se propone debe incluir una serie de medidas:

1. de acción positiva que corrijan las desigualdades actuales; potenciando a la mujer en condiciones de igual e impidiendo el acceso a personas que carezcan de los méritos apropiados.
2. de acción formativa dirigida a la sensibilización del personal sanitario para promover la igualdad de género.
3. de estudio sobre los puestos ocupados por mujeres y su retribución con objeto de adoptar las medidas efectivas para su equiparación al resto de empleados sanitarios masculinos.
4. de acción, mediante el desarrollo de programas adecuados como herramienta necesario para avanzar en la igualdad de hombres y mujeres. Estos Planes deben contener objetivos y prioridades, medidas y recursos a fin de garantizar el cumplimiento del principio de igualdad. De este modo podrá garantizarse la incorporación de la perspectiva de género en la planificación del sistema.
5. de evaluación, a través de un sistema que permita reflejar los principios y avances conseguidos en la aplicación de las políticas de igualdad en el ámbito sanitario.

Sólo de este modo se conducirá a una política de igualdad a la hora de acceder a los puestos de decisión que no impliquen renunciaciones personales y familiares más allá de lo que cabe exigir a los hombres.

La idea de esta presencia equilibrada en el empleo público ha sido tratada en diversas normativas autonómicas. Entre ellas, cabe destacar la Ley 7/2004, de 16 de julio, de Galicia, para la igualdad de mujeres y hombres, que apuesta por el fomento de la composición equilibrada entre los sexos del personal funcionario, eventual, interino, estatutario o laboral a su servicio, tanto a nivel global como a nivel de cada cuerpo, escala, grupo o categoría. Además, debe fomentar, el acceso de las mujeres

a los puestos de grado superior<sup>20</sup>. Ambas acciones tiene una importante repercusión en cuestiones de empleo público sanitario.

*f. La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria*

Dentro de este apartado se considera que adquiere especial relevancia la recogida de datos de violencia de género. En tanto, la LOI quiere otorgar un especial protagonismo a los Servicios de Salud en cuestiones de violencia de género, debe realizarse un esfuerzo en coordinar la recogida de este tipo de datos, con la intención de crear registros unificados.

En línea con lo dispuesto, el Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011), considera imprescindible el fomento de la desagregación por sexo de los datos estadísticos y la elaboración y difusión de buenas prácticas y estudios sobre la igualdad entre mujeres y hombres en las acciones y proyectos de cooperación al desarrollo impulsados desde la Junta de Castilla y León.

En cuanto al tratamiento de datos, el mencionado Plan contiene la necesidad de introducir la perspectiva de género en el análisis de los datos sanitarios procedentes de las fuentes de información institucionales, así como incorporar esta misma perspectiva en la documentación, sistemas de información, etcétera.

## **2. Actuaciones a nivel autonómico**

La asunción de competencias sanitarias por los Servicios de Salud autonómicos tiene importantes implicaciones en el modo en que el principio de igualdad se integra en la política de salud. A modo de ejemplo se citan varios Planes de Igualdad en vigor en el Territorio nacional con especial incidencia en aspectos de igualdad y salud.

El Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011), dentro de los objetivos generales, aplicables a la Administración sanitaria, incide en una serie de medidas de impulso en la elaboración de un protocolo de actuación para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en la Administración castellana y leonesa; y diseño y desarrollo programas formativos dirigidos al personal al servicio de la Administración castellana y leonesa para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. Al mismo tiempo, considera fundamental fomentar la composición

---

<sup>20</sup> En parecido sentido, arts. 44 y ss. Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Comunidad Valenciana, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

equilibrada entre mujeres y hombres en los órganos de selección de personal de la Administración Regional.

De un modo enfocado hacia aspectos de igualdad y salud, el Plan considera que la calidad de vida, de las personas en general y de las mujeres en particular, depende y está condicionada por las circunstancias que las rodean y por la percepción que tienen de tales circunstancias. Por ello, diseña un conjunto de medidas destinadas a potenciar y desarrollar todos los aspectos relacionados con la salud de las castellanas y leonesas en las diferentes etapas de su ciclo biológico, siempre bajo el prisma de un enfoque integral, en el que se incluyen medidas dirigidas a consolidar la perspectiva de género en el diseño, desarrollo y ejecución de las políticas de consumo, urbanísticas, medioambientales, culturales y deportivas<sup>21</sup>.

En la Región de Murcia se aprobó recientemente la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. En relación al acoso, señala en su art. 22 la necesidad de la actuación de oficio de las administraciones públicas, entre ellas la sanitaria, ante casos de acoso por razón de sexo en el trabajo. Además, se impulsarán medidas dirigidas a su personal para prevenir y erradicar el acoso, dentro de sus competencias. Asimismo, las administraciones, y nuevamente entre ellas la sanitaria, han de garantizar a las víctimas de acoso sexista el derecho a una asistencia integral y especializada.

Desde el punto de vista de la salud, corresponde a las administraciones públicas de la Región de Murcia, con el objeto de favorecer la mejora de la salud de las mujeres, y en colaboración con el resto de administraciones competentes, llevar a cabo una serie de acciones que pueden resumirse en:

1. Impulsar las acciones necesarias para alcanzar una mejora en la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento de aquellas enfermedades específicas de la mujer.
2. Realización campañas de información y programas de educación para la salud sobre aspectos sanitarios y enfermedades que afectan o inciden directamente sobre el colectivo femenino.

---

21 Concretamente, los objetivos marcados pueden resumirse en:

1. Visualizar los problemas sanitarios específicos de las mujeres, impulsando la investigación y difusión de información sobre su salud.
2. Sensibilizar y formar con perspectiva de género a los sectores involucrados en el cuidado de la salud, apoyando políticas y programas dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres.
3. Desarrollar una cultura de planificación urbanística y gestión medioambiental que tenga en cuenta las necesidades de las mujeres e impulse su participación.
4. Promover manifestaciones culturales, artísticas y deportivas en favor de la igualdad de oportunidades.

3. Realización de programas de sensibilización y formación dirigidos al personal sanitario, con el fin de que conozcan las necesidades específicas de las mujeres.

Resulta interesante el planteamiento del País Vasco, a través de la Ley 4/2005, de 18 de febrero, de Igualdad de Mujeres y Hombres, en donde se realiza un llamamiento a las administraciones públicas vascas para que contribuyan a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia.

Entre las acciones concretas que, desde el punto de vista de la salud, debe implicarse la Administración Autonómica destacan:

1. Garantizar la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud, mediante la consideración de las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de hombres y mujeres y, cuando sea necesario, mediante el desarrollo de políticas específicas. Asimismo, ha de promover entre las personas profesionales y usuarias y los agentes sociales implicados en el sistema de salud el análisis, debate y concienciación en torno a las diferencias de mujeres y hombres relativas a dicho ámbito.
2. Diseñar los procesos asistenciales, mediante la adopción de medidas para aliviar la carga de trabajo derivada del cuidado de personas con problemas de salud que se realiza en el ámbito doméstico de forma no remunerada y mayoritariamente por mujeres.
3. Cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

En Galicia, la Ley 7/2004, de 16 de julio, para la igualdad de mujeres y hombres, regula la actuación administrativa de la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de igualdad, buscando, al mismo tiempo, dar cobertura legal a actuaciones en vigor y ampliar las posibilidades de actuación, con respecto a aspectos en los que se estime necesario actuar y, entre ellos la salud.

Por último, la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León, contempla una serie de medidas de acción positiva para la promoción y protección de la salud de las mujeres.

En definitiva, se aprecia como estos planes autonómicos, al igual que el art. 27 LOI, tienden a la integración del principio de igualdad en la política de salud, si bien ha quedado puesto de manifiesto que la plena equidad de género en materia sanitaria no debe conducir a una igualdad de parámetros entre hombres y mujeres,

sino más bien en la eliminación de las diferencias que impiden que las personas de un sexo u otro puedan disfrutar de igualdad de oportunidades en salud. Al mismo tiempo, la integración del principio de igualdad conduce a admitir diferencias entre hombres y mujeres en relación a la asignación de recursos, según las necesidades de cada persona.

#### **IV. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL MARCO SANITARIO**

##### **1. Actuaciones públicas en materia sanitaria**

El nuevo apartado 4º, introducido en el art. 3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, señala que «las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias».

La aprobación de la CE, cuyo artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud<sup>22</sup>, se constituye en punto de apoyo de una normativa posterior centrada en la idea de proporcionar una asistencia sanitaria universal cuya implantación debe realizarse de un modo paulatino debido a los elevados costes que comporta la consecución de este objetivo<sup>23</sup>, que debe alcanzarse sin perder de vista el mandato del art. 9.3 CE dirigido a garantizar el derecho a la igualdad efectiva.

En este sentido, adquiere un importante papel la LGS, que establece la regulación de las acciones conducentes a la efectividad de ese derecho a la protección de la salud, reconociéndole una doble dimensión, colectiva e individual. En la faceta individual o personal del derecho se requiere la actuación de los poderes públicos en el doble plano de la prevención y de la asistencia, mediante las necesarias prestaciones cuando la salud se quiebra o decae. Y el plano colectivo se dirige a la consecución de una justicia distributiva, que trata de las obligaciones de la sociedad como un todo en relación con los individuos que la componen<sup>24</sup>.

---

22 A través de este artículo 43 CE, se pone de manifiesto que la protección de la salud se asume por los poderes públicos, GARATE CASTRO, J., «Manifestaciones sustantivas de la tutela de la salud laboral», Revista Actualidad Laboral 1988-1, p. 789.

23 Idea reforzada por el art. 41 CE en tanto que este precepto, como señala PALOMEQUE LOPEZ, M.C., «Los derechos a la Seguridad Social y a la salud en la Constitución», AAVV, Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Constitución, Madrid, ed. Centro de Estudios Constitucionales, 1980, p. 325, incluye como objetivo constitucional la protección de la población en su conjunto.

24 GAFO FERNANDEZ, J., «Los principios de justicia y solidaridad en bioética», AAVV, El derecho a la asistencia sanitaria y la redistribución de recursos, J. GAFO (coord.), Madrid, ed. Universidad Pontificia de Comillas, 1999, pág. 170.

Concretamente, el art. 3 LGS se refiere a los principios generales del sistema de salud. Con la modificación producida por la LOI se amplían de tres a cuatro. Resulta necesario aludir a estos principios cuya ideas generales pueden resumirse en:

## **2. Sistema sanitario promocional y preventivo**

El sistema sanitario, además de la función meramente curativa, le interesa mantener un papel predominante en la fase anterior a la producción de enfermedades. En este sentido, se considera prioritaria la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Constituye la prevención de la salud un aspecto esencial de la asistencia sanitaria en cuanto que el seguimiento de esta pauta, en la mayoría de las ocasiones, produce un efecto parada respecto a los demás niveles asistenciales proporcionados por el sistema sanitario. Así, de una correcta política preventiva se evitará la contracción de enfermedades, eliminando el diagnóstico y tratamiento de las mismas, así como los procesos de curación –en algunos supuestos, considerablemente largos– y posterior rehabilitación, en los casos necesarios. En consecuencia, a través de una política sanitaria preventiva se obtienen resultados dirigidos a la reducción de gastos sanitarios con las correspondientes incidencias que esta cuestión supone en otros aspectos, tales como una posible ampliación de las prestaciones sanitarias tanto cualitativa o cuantitativamente, u otros muchos, cuyo estudio no procede en este lugar.

## **3. Ámbito subjetivo de la asistencia sanitaria**

La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. En el proceso de concreción de beneficiarios de la asistencia sanitaria debe señalarse que en los últimos tiempos se observa una colectivización en el acceso a este tipo de prestaciones, sin llegar a ser universal. En este sentido, resulta destacable la realización de cambios significativos tales como que los requisitos de afiliación y alta, exigidos a titular y a sus familiares o asimilados, quedan en un segundo plano, admitiéndose la posibilidad de ofrecer asistencia sanitaria sin que previamente se produjera una aportación contributiva al sistema por parte de esos mismos beneficiarios.

Lo anterior responde a la intención del legislador contemplada en la LGS. Así, el art. 1.2 de esta norma, reconoce que «son titulares del derecho a la protección de la salud y a atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio español». Concretamente, respecto a la asistencia sanitaria pública, aunque el art. 3.2, limita esta prestación en cuanto que «se extenderá a toda la población española», debemos mencionar la Disposición Transitoria Quinta de la misma norma que establece que la extensión de la asistencia sanitaria pública (...) se efectuará de forma progresiva.

Por tanto, se observa –como así ha sucedido–, que partiendo de una asistencia sanitaria pública limitada a un grupo de beneficiarios, se adquiere el compromiso de extender el disfrute de esta prestación en razón de exigencias económicas y organizativas, de tal modo que se observa una idea de gradualidad en la aplicación del principio de universalidad de protección en materia de asistencia sanitaria<sup>25</sup>. En este sentido, la LSNS incorpora como principio general contenido en el art. 2-b LSNS, el aseguramiento universal y público por parte del Estado.

#### 4. Acceso a prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad

El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Para garantizar en la medida de lo posible este acceso igualitario, la LSNS determina en su art. 57 que «el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se proporcionará a través de la tarjeta sanitaria individual»<sup>26</sup>. Este documento, que atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea (*vid.* Comunicación de la Comisión relativa a la introducción de la tarjeta sanitaria europea, COM (2003) 73 final, de 17 de febrero de 2003), cumple una serie de funciones:

1. Acreditativa: Esta tarjeta constituye un documento administrativo que incluirá los siguientes datos básicos de identificación: del titular, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria.

La tarjeta será gestionada en el ámbito territorial respectivo, por cada Comunidad Autónoma, debiendo establecer unos dispositivos que permitan que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas.

Entre las CCAA que, recientemente, han desarrollado esta tarjeta destacamos Madrid, a través de la Orden 1285/2006, de 22 de junio, que regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid y Murcia, a través del Decreto 92/2005, 22 de julio, que regula la tarjeta sanitaria individual y su régimen de uso en la Región de Murcia.

---

25 ALARCON CARACUEL, M.R. y GONZALEZ ORTEGA, S., *Compendio de Seguridad Social*, Madrid, ed. Tecnos, 1991, p. 192.

26 Sobre los problemas aplicativos del derecho a la tarjeta sanitaria, *vid.* GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., «Turismo sanitario versus emisión de la tarjeta sanitaria vinculada al lugar de residencia del solicitante», *Revista Aranzadi Social*, nº 5, 2007.

2. **Control:** Con objeto de que a cada titular de una TSI se asigne un código de identificación personal único, «el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que los Servicios de Salud dispongan de un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjeta» (art. 57.3 LSNS).
3. **Informativa:** Con la finalidad de colaborar a la mejora de la calidad y continuidad asistenciales, dentro de la TSI –y a medida que se dispongan de sistemas electrónicos de tratamiento de la información médica–, deberá posibilitarse el acceso a esta información sanitaria a los profesionales debidamente autorizados.
4. **Adaptadora:** Sobre las TSIs podrán realizarse los ajustes necesarios para su adaptación a la normalización que pueda establecerse para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea.

## 5. Superación desequilibrios territoriales y sociales

Dentro de la política sanitaria resulta interesante partir, como señala la LGS de la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Este asunto se encuentra relacionado con la implicación que del nuevo sistema sanitario una vez transferidas las competencias a las Comunidades Autónomas.

Debe dedicarse un espacio al tema relacionado con la financiación del sistema sanitario de los Servicios de Salud de las distintas CCAA. Una vez culminado el proceso de transferencias, procede, pues, en primer lugar señalar el modelo de financiación contenido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Según esta norma, las necesidades financieras para el bloque de asistencia sanitaria prevén tres tipos de fondos:

1. Fondo general, cuya masa homogénea de financiación se asigna de acuerdo a la población protegida, población mayor de 65 años e insularidad.
2. Garantía de mínimos que, en definitiva, corresponde a la fórmula de que ninguna Comunidad Autónoma percibirá menos recursos que los resultados de aplicar el sistema anterior a las transferencias.
3. Fondos específicos, destacando el Fondo de Cohesión Sanitaria (en adelante, FCS).

Debe partirse de la premisa que la LSNS convierte en responsable financiero principal, del conjunto de las prestaciones de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, a las Comunidades Autónomas, de conformidad con los acuerdos y transferencias y el actual sistema de financiación autonómica.

Para ello, las CCAA deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

El problema surge desde el momento en que la LSNS reconoce el principio de igualdad de acceso a las prestaciones, con independencia del lugar de residencia. Concretamente, a través de la garantía de movilidad reconocida en el art. 24 LSNS, se permite que cualquier usuario del SNS pueda acceder a una técnica, tecnología o procedimiento, que se dispense en otra Comunidad Autónoma distinta a la de origen del beneficiario. El único requisito es que el tratamiento que va a recibir se encuentre dentro de los detallados en la cartera de servicios.

Por tanto, tras la aprobación de la LSNS, la mencionada garantía de movilidad posibilita que un paciente sea transferido a un Servicio Público de Salud diferente del que le corresponde por razón del domicilio, para el uso de una técnica, tecnología o procedimiento, que estando dentro del ámbito de cobertura de la cartera de servicios, no pueda prestarse por los servicios sanitarios de origen; o para su atención en un centro de referencia. Además, debe ponerse de relieve que determinadas zonas geográficas tienen mayor afluencia de ciudadanos no españoles que gozan del derecho a la asistencia sanitaria.

En definitiva, surge la problemática de una mayor presión de gasto sanitario en determinadas CCAA frente a otras.

La solución a estas situaciones, en base al principio de solidaridad e igualdad que inspira la LSNS debe garantizarse a través de una correcta utilización del FCS, que gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene por objeto garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio nacional, y cuya regulación se contiene en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria (en adelante, RDFCS).

A través de del FCS se establece los supuestos y cuantías de compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes de otras CCAA o extranjeros. Concretamente, la compensación se establecerá en los siguientes casos:

1. La asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por alguno de los procesos que figuran en el anexo I del RDFCS, referido a procesos que impliquen ingreso hospitalario, o en el anexo II para procedimientos de carácter ambulatorio, siempre que la atención haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados. No debe entenderse que hay derivación cuando se produce la atención urgente solicitada por el propio paciente de forma espontánea durante un desplazamiento a una comunidad autónoma

distinta a la suya de residencia. La razón de esta exclusión, se justifica en que la asistencia de urgencia se encuentra garantizada, en todo caso, por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud (art. 4 FCS).

2. La atención sanitaria a ciudadanos desplazados temporalmente a España, respecto a los que, en virtud de la aplicación de los Reglamentos (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y n.º 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, o de los convenios suscritos por España en materia de Seguridad Social, el derecho a la asistencia sanitaria sea por cuenta de una institución de otro Estado, siempre que dichos ciudadanos hayan entrado y permanezcan legalmente en España y la asistencia prestada esté cubierta por los citados convenios internacionales (art. 5 FCS).
3. El Fondo de cohesión sanitaria compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Consumo (art. 6 FCS).

## **6. Políticas, estrategias y programas de salud enmarcadas bajo el principio de igualdad**

Este nuevo apartado responde a la idea de integración del principio de igualdad en las políticas de salud. Por tanto, debe reconocerse como, principio general en toda actuación que a nivel sanitario se realice, la intención de fomentar un marco igualitario en lo posible, concediendo las diferencias biológicas que en temas aplicados sobre la salud se aprecia entre hombres y mujeres.

Debe señalarse que los programas que a nivel sanitario se aprueben deben enfocarse hacia los siguientes extremos<sup>27</sup>:

1. Apoyar el tratamiento de la igualdad de oportunidades y la promoción de una imagen positiva de la mujer en los distintos medios de comunicación y agencias de publicidad.
2. Promocionar la imagen de la mujer en un plano de igualdad con el hombre.

Además, de Castilla y León, otras Administraciones Autonómicas inciden en la idea de superar estos patrones, a través de la adopción de medidas apropiadas para

---

27 Estas pautas se han obtenido de la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León, que se refieren a medidas generales de acción positiva para la superación de la imagen estereotipada de la mujer, seleccionándose aquellas cuya adaptación se considera viable al ámbito sanitario.

modificar los patrones socioculturales de conducta de mujeres y de hombres, con vistas a alcanzar la eliminación de los prejuicios y prácticas consuetudinarias basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de mujeres y de hombres<sup>28</sup>.

### **7. Garantía del «igual derecho» de la mujer a la salud**

Según el nuevo apartado 2 al artículo 6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, «en la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud».

El art. 6 de la LGS se establece las líneas maestras sobre las que deben caminar las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias que pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Estas actuaciones responden a la idea de ofrecer un sistema sanitario público eficaz en la línea de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 CE, sin embargo no debe pasarse por alto que el cumplimiento de estas acciones puede reflejar un resultado desigual en su aplicación a hombres y mujeres.

Con la intención de evitar esto, la LOI inserta un nuevo apartado en el art. 6 LGS donde, precisamente, se hace un llamamiento a tener en consideración la integración del principio de igualdad entre hombres y mujeres en las diversas actuaciones de la Administración sanitaria. Por tanto, se trata de apostar por la integración de las perspectivas de género en la acción sanitaria de modo que se alcance un criterio justo de salud pública.

La necesidad de esta nueva tendencia viene impuesta desde el momento en que los papeles del hombre y la mujer y las desigualdades en las relaciones de género

---

<sup>28</sup> Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia.

interactúan con otras variables sociales y económicas, lo que da lugar a que las pautas de exposición a los riesgos para la salud sean diferentes, y a veces no sean equitativas, así como a que existan diferencias en el acceso y la utilización de información, atención y servicios de salud. Esas diferencias tienen a su vez claras repercusiones en la salud<sup>29</sup>.

De este modo, se considera esencial incorporar el análisis de género en todas las acciones relacionadas con la salud que se promuevan como vía para hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. El análisis de género en la esfera sanitaria se configura como el medio para poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. Al mismo tiempo pondrá de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel<sup>30</sup>.

Como resultado de este análisis de género se considera de extrema importancia que el sistema sanitario tenga en cuenta de manera activa el objetivo de la igualdad entre hombres y mujeres en todo lo relacionado con su actuación. En este sentido, el sistema sanitario debe seguir un procedimiento orientado a favorecer la integración efectiva y sistemática de la perspectiva de género en la actividad y producción normativa de la Administración sanitaria.

Este procedimiento, como en otros ámbitos, debe partir de la elaboración de un Informe de Impacto en Función del Género para aspectos relacionados con la Salud<sup>31</sup>, que servirá como herramienta dirigida a facilitar, de forma estructurada, a quienes elaboran las normas y a quienes toman las decisiones sobre ellas, una mayor información sobre las necesidades de las personas, mujeres y hombres, a las que van dirigidas. Asimismo, favorece la búsqueda de soluciones equilibradas y equitativas a dichas necesidades. Por ello, este instrumento, además de facilitar la aplicación efectiva del principio de igualdad de mujeres y hombres en las políticas públicas sanitarias, contribuye a aumentar el conocimiento de los poderes públicos sobre las necesidades e intereses de la ciudadanía en su conjunto, sistematizar y mejorar los

---

29 POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario de género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>, pág. 3.

30 Glosario sobre género de la OMS. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>, pág. 7.

31 En Galicia, la Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia, se menciona la necesidad del Informe sobre el impacto de género, si bien enfocado, exclusivamente, a la elaboración de leyes.

procesos de planificación, elaboración, seguimiento y evaluación de las normas y, por último, incrementar la eficacia en el resultado de la aplicación de las normas<sup>32</sup>.

En la elaboración del Informe deben seguirse, principalmente, dos acciones que deben adoptarse a la hora de poner en marcha esas políticas, estrategias y programas en el ámbito sanitario<sup>33</sup>:

- a. La realización de una evaluación previa del impacto en función del género por parte del órgano que promueve la norma.
- b. La incorporación, en función de dicha evaluación, de medidas para eliminar desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres, que ha llevar cabo el mismo órgano.

## **V. LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA SANITARIO EN EL CONTEXTO DE LA IGUALDAD**

### **1. La prestación de servicios en condiciones de igualdad efectiva**

Según la modificación de la redacción de la letra a) del artículo 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que «la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias».

Dentro de los denominados principios de la política social y económica, el artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la «protección de la salud», estableciendo en su apartado 2º la competencia de los poderes públicos de «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios». De este modo, y como regla general, compete a los servicios sanitarios públicos, la protección de la salud de los ciudadanos de conformidad con lo dispuesto en la LGS, la LSNS y, más concretamente, en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

---

32 Texto extraído de la Resolución 5/2007, de 14 febrero, del País Vasco, que dispone la publicación del Acuerdo adoptado por el Consejo de Gobierno «que aprueba las directrices para la realización de la evaluación previa del impacto en función del género y la incorporación de medidas para eliminar desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres».

33 Estas acciones se han extraído de Resolución 5/2007, de 14 febrero, del País Vasco, que dispone la publicación del Acuerdo adoptado por el Consejo de Gobierno «que aprueba las directrices para la realización de la evaluación previa del impacto en función del género y la incorporación de medidas para eliminar desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres», adaptándolas a la Administración Sanitaria.

Y bajo estas premisas, adquiere una importancia extrema –en el análisis de la prestación asistencial–, el contenido de las prestaciones a la que los beneficiarios tienen derecho. Este contenido responde a una serie de parámetros que se tuvieron y tienen en cuenta a la hora de la regulación de esta materia. Así, a través de las prestaciones de asistencia sanitaria se pretende cumplir con unas obligaciones de hacer y unas obligaciones de dar, respondiendo, de este modo, a la premisa que el legislador constitucional dejó plasmado en el mencionado art. 43 CE que atribuye a los poderes públicos, Estado y Comunidades Autónomas, la promoción de la salud.

En cualquier caso Estado y CCAA deben desempeñar una labor conjunta orientada a la efectiva materialización de los mandatos Constitucionales sobre esta parcela asistencial. Para ello, se trabaja con una compleja regulación contenida en un sinfín de normas y decisiones judiciales, siendo labor del Sistema Nacional de Salud, el ofrecimiento a sus beneficiarios de unos servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud. A través de estos seis pilares se ofrece toda una serie de actos que permiten, sin lugar a dudas, entender la configuración del sistema prestacional de la asistencia sanitaria en España<sup>34</sup>.

Y la LOI considera que toda esta prestación de servicios debe desvincularse de cualquier idea de discriminación proporcionándose de forma igualitaria a hombres y mujeres. De este modo, la modificación de la letra a) del artículo 2, incidiendo en la ausencia de discriminación entre hombres y mujeres en las actuaciones sanitarias no responde sino a la intención de la LSNS de establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Por tanto, las actuaciones de asistencia sanitaria, en aras al principio de no discriminación, quedarán englobas bajo unas características que pueden resumirse en:

1. Generalidad: Las prestaciones de asistencia sanitaria abarcan una serie de modalidades cuya ejecución ofrece un completo espectro de la extensión de este derecho. Así, atención primaria, especializada, prestaciones farmacéuticas, sociosanitarias, etc. Se intenta, de este modo, ofrecer una garantía en mayor o medida de curación a través de un completo sistema de atención al beneficiario que solicita la prestación de los servicios sanitarios<sup>35</sup>.

---

34 GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., *Contenido y Límites de la Prestación de Asistencia Sanitaria*, Pamplona, ed. Aranzadi, 2003, pág.48.

35 Ver Catálogo de prestaciones (arts. 8 a 15 LSNS) y Real Decreto 1030/2006.

En este proceso se podrán distinguir obligaciones de *facere y dare*<sup>36</sup>. Las primeras, las obligaciones de hacer, suponen un compromiso de las instituciones sanitarias en el desempeño de unas labores propiamente de asistencia sanitaria, cuya amplitud crece a medida que los avances tecnológicos permiten incorporar nuevas técnicas sanitarias. Respecto a las obligaciones de dar, el sistema de salud se refiere a ellas mediante procesos extremadamente costosos, en cuanto que no existe una reciprocidad exacta respecto a lo ofrecido. En este orden de cosas tendrían cabida, como principal ejemplo, la dispensación de medicamentos que, en unas ocasiones, no suponen coste alguno para el beneficiario y, en otros, aunque el coste resulta compartido, corresponde a la Administración una mayor intervención.

El ofrecimiento de estas modalidades debe realizarse con ausencia de discriminación, potenciando que el usuario acceda a cualquiera de ellas con independencia de su sexo.

2. Prolongación en el tiempo: Si bien esta característica no se observa de forma obligatoria si debe tenerse en cuenta en tanto que una de las principales labores de la asistencia sanitaria consiste en la curación de los pacientes. Estos procesos curativos no son inmediatos si no que se condicionan al seguimiento de un tratamiento, con una duración temporal indeterminada. Este hecho origina que la asistencia sanitaria no solo comprenda una atención primaria, sino que a ésta le siguen asistencia especializada, hospitalaria y, entre otras, prestaciones farmacéuticas dirigidas a la curación del beneficiario en un período de tiempo incierto, si bien, se intentará su reducción al máximo<sup>37</sup>.

Este procedimiento de prolongación debe estar condicionado por las propias características del paciente, de modo que el sexo no influya en que un tratamiento se prolongue más o menos, salvo que la pertenencia a un sexo u otro predetermine el período de curación.

3. Las prestaciones que se pueden ofrecer varían a medida que evolucionen los distintos tratamientos o surjan otros nuevos más efectivos. Esto supone un esfuerzo considerable desde el punto de vista económico, adquiriendo nuevas técnicas, y desde una perspectiva humana, exigiendo al personal sanitario una continúa actualización de sus conocimientos orientada al ofrecimiento de una asistencia sanitaria moderna y eficaz. Esta mejora irá dirigida a los usuarios del sistema con independencia de su sexo, no pudiendo justificarse la adquisición de métodos que incidan siempre en la mejora de las enfermedades de los pacientes de un sexo.

---

36 PEMAN GAVIN, J., «La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes», *Revista de Derecho y Salud* nº 2, 2001, pág. 94.

37 La recientemente introducida prestación sociocomunitaria (art. 14 LSNS) atiende especialmente estas situaciones de enfermedades crónicas.

4. La experiencia ocurrida en los últimos años, con relación al desarrollo de nuevas enfermedades y patologías, supone una incidencia importante en las prestaciones de asistencia sanitaria. Así, la aparición de estas «lepras del s. XX» ocasionan una rápida respuesta por parte del sistema Sanitario, orientado a poner solución o remedio temporal a las mismas. Este fenómeno se traduce, nuevamente, en adquisición de material actualizado, así como personal cualificado en su utilización.
5. Las prestaciones de asistencia sanitaria, aunque dotadas de la característica mencionada anteriormente de la generalidad, no son universales entendidas como que no abarcan todos los procesos sanitarios. Así, se contemplan una serie de supuestos en donde la asistencia sanitaria pública se mantiene al margen, debiendo acudir a la sanidad privada para su utilización<sup>38</sup> u otros supuestos en los que determinadas actividades o servicios no se consideran incluidas en las prestaciones sanitarias debido a que no exista suficiente evidencia técnica sobre su seguridad o sobre sus efectos curativos. Para la eliminación de estos servicios debe utilizarse un criterio estrictamente científico alejado de toda discriminación, evitando la eliminación de tratamientos cuyos destinatarios sean pacientes de un determinado sexo y concretamente femenino.
6. Las prestaciones sanitarias públicas se prestan con garantía de igualdad<sup>39</sup>, debiéndose fomentar su acceso. Esta característica se observa a lo largo de distintas disposiciones de la LGS (arts. 3.2 ó 6.4) o la propia CE. Concretamente, la LSNS se refiere a esta característica como equidad en el sentido de garantizar el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, posibilitando la libre circulación de todos ciudadanos<sup>40</sup>.
7. La actuación en orden a la dispensación de estas prestaciones debe regirse por los principios de eficacia, economía, racionalización, organización, coordinación e integración de los recursos sanitarios públicos, eliminando cualquier indicio discriminatorio.

---

38 En este sentido, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, excluye las prestaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria, como la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita o los tratamientos en balnearios y las curas de reposo.

39 El derecho a la igualdad de la asistencia sanitaria admite varias interpretaciones siendo la más progresista aquella basada en «una asistencia asequible que permita acceder al máximo catálogo de prestaciones disponibles dentro del sistema sanitario», POLO SANCHEZ, M.C., *Reintegro de gastos médicos y Estado de Bienestar*, Valencia, ed. Tirant lo Blanch, 2001, pág. 17.

40 En este sentido, el principio de equidad cabe subsumirlo perfectamente en la regulación que de la equidad hace la Ley General de Sanidad, BELTRAN AGUIRRE, J.L., «Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno al principio de igualdad», *Revista Derecho y Salud* n° 1, 2002, pág. 21.

## **2. La promoción y protección de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras**

En la ordenación de las prestaciones nos encontramos con las relativas a las de salud pública. Concretamente, el art. 11 LSNS se refiere a una nueva modalidad de prestación que tiene que otorgar el SNS, consistente en la realización de una serie de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Las prestaciones en este ámbito irán enfocadas a varios aspectos entre los que destaca la promoción y protección de la salud laboral. Con la modificación introducida por la LOI, va a exigirse un mayor compromiso de las Administraciones públicas en atender los riesgos y necesidades específicas de las trabajadoras en su entorno laboral.

Concretamente, la labor que corresponde a las Administraciones debe partir de la necesidad de impulsar la realización de actuaciones especiales en materia de prevención de riesgos laborales sobre sectores laborales feminizados mediante la elaboración de estudios epidemiológicos, acciones de información y asesoramiento técnico y acciones de vigilancia y control, a través de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, sobre el cumplimiento de las normas de prevención<sup>41</sup>.

Pero además de las iniciativas que a nivel general correspondan a las Administraciones, debe insistirse en la adopción de medidas para la erradicación en su origen de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo que puedan afectar negativamente al embarazo, al parto y a la lactancia natural. Por ello, también se considera una vía en la promoción y prevención de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras, el fomento de la formación, información y sensibilización de las empresas y las trabajadoras y trabajadores con el objetivo de combatir en su origen los riesgos derivados de las condiciones de trabajo que puedan afectar negativamente al embarazo, al parto y a la lactación natural, con la finalidad de evitar, en la medida de lo posible, la aplicación de las medidas de cambio de puesto y dispensa de trabajo reguladas en el art. 26 LPRL<sup>42</sup>.

Por último, la modificación de la letra g) del apartado 2 del artículo 11 debía haberse completado con una reforma del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Concretamente, el Anexo I, relativo a la cartera de servicios comunes de salud pública, hace referencia a la promoción

---

41 Art. 41 Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia.

42 Art. 40 Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia.

y protección de la salud laboral. Por tanto, la modificación propuesta hubiera ido enfocada a:

- a. Propiciar una coordinación técnica entre la actual LSNS y el Real Decreto 1030/2006, que en estos momentos queda con una redacción errónea al no contemplar que la promoción y prevención de la salud laboral debe tener especialmente en cuenta los riesgos y necesidades de las trabajadoras.
- b. En tanto el Real Decreto 1030/2006, cumple con la función de concretar la materialización de la prestación a través de la configuración de la cartera de servicios, se pierde la oportunidad de especificar el contenido de los aspectos de promoción y prevención.

### **3. Atención específica a la mujer**

La atención a la mujer por el sistema público de salud sufre una necesaria ampliación en la normativa reciente, puesto que va más allá de los servicios relacionados exclusivamente con el embarazo y parto. Desde un punto de vista preventivo, se establecerán servicios destinados a la detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.

Con relación a conductas educacionales, se ofrecerán actuaciones destinadas a la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.

Centrándose en las medidas destinadas al período del parto y puerperio, en el Real Decreto 1030/2006 se amplían los servicios con un marcado carácter preventivo del desarrollo del embarazo, tanto en lo supuestos normales como de riesgo. Así, se producirá la captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo. Posteriormente, se realizará el seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud. El ciclo preventivo, en estos estados transitorios, se cerrará con la visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido. No olvida, la mencionada norma, dentro de los aspectos educacionales, crear un apartado dedicado a la educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto. Por último, se contemplan las situaciones de prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.

A pesar de esta ampliación en las prestaciones ofrecidas a la mujer, las Administraciones públicas han observado que desde la atención primaria se puede ofrecer

un servicio eficaz a la mujer en situación de violencia de género. Con esta idea, se modifica la prestación de atención primaria en la LSNS, bajo la necesidad de la incorporación de servicios y atenciones dirigidos a la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género.

Por último, y al igual que en el apartado anterior, la modificación de la letra f) del apartado 2 del artículo 12 debía haberse completado con una reforma del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Concretamente, el Anexo II, relativo a la cartera de servicios comunes de atención primaria, hace referencia a las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres. Por tanto, la modificación propuesta hubiera ido enfocada a:

- a. Propiciar una coordinación técnica entre la actual LSNS y el Real Decreto 1030/2006, que en estos momentos queda con una redacción errónea al no contemplar que las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres deben incluir la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género.
- b. En tanto el Real Decreto 1030/2006, cumple con la función de concretar la materialización de la prestación a través de la configuración de la cartera de servicios, se pierde la oportunidad de especificar el contenido de las actividades de detección de las situaciones de violencia de género, así como su tratamiento.

## **VI. PRINCIPIO DE IGUALDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

### **1. Actuación de las Administraciones Públicas: igualdad y prevención**

El nuevo apartado 4 en el artículo 5 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, dispone que «las Administraciones públicas promoverán la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, considerando las variables relacionadas con el sexo tanto en los sistemas de recogida y tratamiento de datos como en el estudio e investigación generales en materia de prevención de riesgos laborales, con el objetivo de detectar y prevenir posibles situaciones en las que los daños derivados del trabajo puedan aparecer vinculados con el sexo de los trabajadores».

El art. 5 LPRL define la política de la Administración, en materia de prevención de riesgos, cuyo objetivo primordial se proyecta sobre la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo. Para llevar a cabo esta tarea, se acude a la aprobación de normas reglamentarias y actuaciones administrativas que correspondan. Asimismo, se considera una tarea pendiente, por parte de la Administración, la

mejora de la educación preventiva y el fomento de las actividades desarrolladas por empresarios, trabajadores y sus respectivas organizaciones representativas.

Junto a lo anterior, desde la aprobación de la LOI, debe añadirse una nueva tarea a la Administración en materia preventiva que va a consistir en aplicar su política de prevención de riesgos laborales teniendo en cuenta el principio de igualdad y como el sexo de los trabajadores puede tener consecuencias en la realización de la actividad laboral.

Aunque se considera muy oportuna la modificación realizada en la LPRL, parece oportuno incidir en la idea que ha sido insuficiente. Efectivamente, es necesario en materia de prevención de riesgos analizar y estudiar las medidas de prevención y protección desde una perspectiva de género. Ahora bien, el nuevo apartado cuarto del artículo 5 LPRL debería haber incluido las acciones concretas que en este campo deben realizarse.

Por tanto, en primer lugar debería haberse insistido en un mandato a la Administración para el impulso en la realización de actuaciones especiales en materia de prevención de riesgos laborales sobre sectores laborales feminizados mediante la elaboración de estudios epidemiológicos, acciones de información y asesoramiento técnico y acciones de vigilancia y control, a través de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, sobre el cumplimiento de las normas de prevención<sup>43</sup>.

En segundo lugar, y dada la elevada aprobación de reglamentos en materia preventiva y en muchas ocasiones su repercusión sobre la salud de mujeres y hombres, debe insistirse en la idea de que antes de la aprobación de estas normas, se emita un informe sobre su impacto de género elaborado por la Administración responsable de la norma.

Por último, a nivel de acciones concretas, la norma debería haber especificado actuaciones dirigidas al fomento e impulso de la integración del principio de igualdad en materia de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se consideran como medidas necesarias a seguir por la Administración las siguientes<sup>44</sup>:

- a. El estudio multidisciplinar de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que, por los estudios estadísticos, se manifiestan de manera exclusiva o significativamente predominante sobre uno solo de los sexos, con la finalidad de detectar y prevenir sus causas.

---

43 En parecido sentido, art. 41 Ley 7/2004, de 16 de julio, de Galicia, para la igualdad de mujeres y hombres, modificada por la Ley 2/2007.

44 Estas actuaciones se han extraído tras un análisis de la normativa autonómica que obliga a la Administración a intervenir en materia preventiva teniendo en cuenta el principio de igualdad. Principalmente, la Ley 7/2004, de 16 de julio, de Galicia, para la igualdad de mujeres y hombres, modificada por la Ley 2/2007 y el Decreto 1/2007, de 12 de enero, que aprueba el IV Plan de igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011).

- b. El desarrollo, consolidación y apoyo desde todos los sectores del ámbito sanitario de programas que prevengan y traten las patologías especialmente relacionadas con el cáncer de mama y genital: cuello de útero, ovario, etcétera.
- c. La investigación de la influencia de la diferente situación de las mujeres y los hombres en la unidad de convivencia o familia y en la sociedad en la aparición de enfermedades profesionales o en la causa de accidentes de trabajo, y, en especial, valorando la influencia de la violencia de género y de la carga global de trabajo doméstico, comunitario y laboral de las mujeres.
- c. La consolidación de la perspectiva de género, tanto en los estudios e investigaciones en materia de prevención de riesgos laborales, como en la consideración de variables relacionadas con el sexo en los sistemas de recogida y tratamiento de datos en la materia.
- d. El establecimiento de programas de formación específica en materia de salud laboral y de prevención de riesgos desde una perspectiva de género.
- e. Relacionado con lo anterior también se considera necesario el impulso de una formación específicamente dirigida a quienes prestan los servicios de prevención de riesgos laborales que les permita tener en cuenta las diferencias de los riesgos para cada puesto de trabajo en mujeres y hombres.
- f. La progresiva adaptación de los equipos de protección individual, del mobiliario y equipos de trabajo, de las características del puesto de trabajo y de sus circunstancias de ejecución a las condicionantes anatómicas y fisiológicas de las mujeres, con la finalidad de evitar situaciones de desprotección de su salud.
- g. El impulso de cursos monográficos anuales de prevención de riesgos laborales dirigidos a sectores de actividad donde la presencia de mujeres es mayoritaria, así como en aquellos masculinizados, al objeto de analizar en estos últimos la ergonomía desde una perspectiva de género.
- h. La promoción de la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres en materia de prevención de riesgos laborales, tanto en lo referente a la evaluación de riesgos específicos en función del sexo y la planificación preventiva de las empresas, como en los órganos de representación y participación en dicha materia.
- i. El impulso de programas preventivos específicamente dirigidos a garantizar las condiciones de seguridad en relación con la función reproductora y, en especial, de aquellas trabajadoras que se encuentren en períodos de embarazo o lactancia.
- j. El fomento durante el embarazo, parto y puerperio, actividades de educación para la salud y de entrenamiento específico sobre técnicas de lactancia según las recomendaciones de la OMS y UNICEF.

## 2. Mujer, lactancia y trabajo

La modificación *del apartado 2 y el apartado 4 del artículo 26 Ley 31/1995*, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales *deja actual redacción en los siguientes términos*:

*«2. Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible o, a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto, y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado. El empresario deberá determinar, previa consulta con los representantes de los trabajadores, la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos a estos efectos.»*

*«4. Lo dispuesto en los números 1 y 2 de este artículo será también de aplicación durante el período de lactancia natural, si las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora o a su hijo. Podrá, asimismo, declararse el pase de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses contemplada en el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores, si se dan las circunstancias previstas en el número 3 de este artículo.»*

La protección de la mujer desde el punto de la prevención de riesgos data del último cuarto del siglo XIX, justo cuando se produce el nacimiento de nuestra legislación laboral por parte de un Estado que, inicialmente, se encontraba movido más por razones de caridad que de justicia<sup>45</sup>.

Actualmente, la protección de la maternidad es una necesidad social, puesto que cabe considerarla como un bien insustituible; de modo que todas las cargas y

---

45 MONTROYA MELGAR, A., «Trabajo de la mujer y prevención de riesgos laborales», Revista Aranzadi Social, nº 13, 2000.

cuidados que supone, la gravidez, el parto, la crianza, la socialización de los hijos, deben recibir ayuda directa de las instituciones públicas, a fin de no constituir discriminación gravosa para las mujeres. En este sentido, el Estado debe aplicar todas sus competencias para conseguir que se materialice, en la práctica, la no discriminación de la mujer y la maternidad deje de ser carga exclusiva de las madres y motivo de discriminación para las mujeres.

Fruto de esa necesidad social, se ofrece una adecuada protección en el art. 26 LPRL. La aprobación de este precepto se realizó para cumplir con las obligaciones adquiridas por el Estado español a raíz de la entrada en vigor de la Directiva 92/85, relativa a la protección de la maternidad. Sin embargo, debe añadirse que la LPRL realizó, cuanto menos, una transposición incompleta de la Directiva, lo que obligó a sucesivas modificaciones en el articulado de la LPRL. La primera de ellas, vino de la mano de la Ley 39/1999, de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral al introducir la posibilidad de la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo<sup>46</sup>. La segunda, viene acompañada por la LOI en donde, principalmente, resulta destacable la extensión de la protección de la lactancia, amparando la posibilidad de suspensión del contrato por riesgos durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses.

Ahora, en 2007, y no entonces, en 1995, se puede considerar que la normativa española se adapta a la comunitaria en materia de protección de la mujer embarazada y en período de lactancia. La protección que el art. 26 LPRL brinda a la mujer embarazada puede resumirse en tres niveles.

En un primer nivel, resulta necesario realizar un evaluación de los riesgos para determinar el grado, duración y naturaleza de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico.

Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo.

Entre las medidas que puede adoptar figura la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada y puede incluir, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.

---

46 Sobre este vid., SÁNCHEZ TRIGUEROS, C., *El riesgo durante el embarazo*, Pamplona, ed. Aranzadi, 2002.

El segundo nivel de protección entra en juego cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible.
- b. Cuando, a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto. Esta influencia negativa la deben certificar los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora

La LOI modifica la redacción de este primer párrafo del apartado 2º del art. 26 LPRL, introduciendo una nota aclaratoria sin mayor trascendencia a efectos de elevar la seguridad de la trabajadora, pero sí de control sobre el traslado a un puesto de trabajo o función compatible con su estado. Así, la certificación que deben emitir los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, no cabe dejarla al arbitrio de la trabajadora, sino que corresponde a uno u otro en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales. De este modo se evita que la trabajadora pueda buscar una certificación favorable yendo, en primer lugar, al Sistema Público de Salud y, en caso de no obtener el resultado deseado, a la Mutua o viceversa.

Y una vez acreditada la insuficiencia o la imposibilidad de la adaptación el empresario debe ofrecer a la trabajadora un puesto de trabajo o función compatible con su estado. Como modo de establecer seguridad jurídica para la trabajadora, el cambio de puesto o función se llevará a cabo de conformidad con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional y tendrá efectos hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación al anterior puesto.

Además, en el supuesto de que, aun aplicando las reglas señaladas en el párrafo anterior, no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

Para la activación del tercer nivel de protección debe concurrir alguna de las siguientes situaciones:

- a. El cambio de puesto de trabajo o función no resultara técnica u objetivamente posible.
- b. El cambio de puesto de trabajo o función no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados resulte posible.

Se trata de dos supuestos difícilmente justificables, en donde parece que el legislador autoriza que se tengan en cuenta criterios económicos a la hora de tomar decisiones en el terreno de la seguridad y salud.

Una vez acreditada la concurrencia de cualquiera de los supuestos, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, contemplada en el art. 45.1.d) ET, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud.

Como garantía a la restitución de la trabajadora en su puesto o funciones anteriores, la suspensión se prolonga mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado

Respecto a la protección de la trabajadora en período de lactancia, se modifica el apartado 4º del art. 26, de modo que se aplican los mismos niveles de protección que en el caso de la protección de la mujer trabajadora embarazada mencionados en los párrafos anteriores.

La necesidad de esta modificación venía impuesta desde la Unión Europea, puesto que el art. 5.2 Directiva 92/85, ampara los mismos niveles de protección para mujer embarazada que para la madre lactante. La justificada adaptación operada por la LOI se ha traducido en la creación de un nuevo supuesto de suspensión del contrato, en este caso, por riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses. Tras la actual redacción del art. 26 LPRL puede afirmarse el completo cumplimiento del Estado español con la mencionada Directiva en el terreno de la protección de riesgos laborales de la mujer trabajadora embarazada y en período de lactancia.

Con relación a las modificaciones señaladas en los párrafos anteriores parece oportuno expresar las siguientes reflexiones, aplaudiendo, en primer lugar, lo positivo del cambio, pero aclarando hacia donde deben dirigirse las futuras modificaciones para conseguir la integración del principio de igualdad en la prevención de riesgos laborales:

1. La Directiva en su art. 5.2 establece los tres niveles de protección de la trabajadora embarazada o en período de lactancia, ordenados tal y como reproduce la LPRL. En primer lugar, adaptando tiempo o condiciones de trabajo, en segundo lugar, cambiando de puesto o funciones a la trabajadora y, en último lugar, acudiendo a la suspensión del contrato, ya sea por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia de hijos menores de nueve meses.  
Se considera que puede ser más favorable para la trabajadora o para el empresario la posibilidad de que las partes escojan, de mutuo acuerdo, cual de los niveles de protección desea que se aplique en primer, segundo y tercer lugar; dejando la obligatoriedad para el caso de disenso entre las partes.
2. La integración del principio de igualdad en las políticas de prevención de riesgos laborales, pasa, como señala la Ley 7/2004, de 16 de julio, de Galicia para

la igualdad de mujeres y hombres, por la adopción de medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de mujeres y de hombres, con vistas a alcanzar la eliminación de los prejuicios y prácticas consuetudinarias basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de mujeres y de hombres.

En este sentido, se considera acertado, y perfectamente extrapolable a la legislación estatal, la modificación introducida por la Ley 2/2007, de 28 de marzo, de normas reguladoras del trabajo en igualdad de las mujeres de Galicia, que permite la concesión de un permiso retribuido a favor de hombres y mujeres al servicio de la Xunta de Galicia para acompañar a su cónyuge o pareja en análoga relación de afectividad a exámenes prenatales y a técnicas de preparación al parto, en idénticos términos y condiciones de ejercicio que los previstos para estos permisos.

3. A nivel de seguridad social, tanto la suspensión por riesgo durante el embarazo como la relativa a riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses, genera una prestación económica inferior a la prestación económica en caso de suspensión del contrato por maternidad. Debe avanzarse a una equiparación económica entre ésta última prestación y los supuestos de suspensión del contrato mencionados. De lo contrario, no se fomenta la comprensión de la maternidad como una función social, y se mantienen efectos negativos sobre los derechos de la mujer.
4. La actual denominación de la suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia de hijos, excluye la referencia al género femenino.

## VII. BIBLOGRAFÍA

- ALARCON CARACUEL, M.R. y GONZALEZ ORTEGA, S., *Compendio de Seguridad Social*, Madrid, ed. Tecnos, 1991.
- BELTRAN AGUIRRE, J.L., «Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno al principio de igualdad», *Revista Derecho y Salud* nº 1, 2002.
- CAVAS MARTÍNEZ, F., «Derecho de la prevención y nuevos riesgos profesionales», *Revista Aranzadi Social* nº 18, 2005.
- DOCUMENTO ONU «*The United Nations and the advancement of Woman. 1945-1995*», Nueva York, 1995.
- GAFO FERNANDEZ, J., «Los principios de justicia y solidaridad en bioética», AAVV, *El derecho a la asistencia sanitaria y la redistribución de recursos*, J. GAFO (coord.), Madrid, ed. Universidad Pontificia de Comillas, 1999.
- GARATE CASTRO, J., «Manifestaciones sustantivas de la tutela de la salud laboral», *Revista Actualidad Laboral* 1988-1.

- GARCÍA PRINCE, E., «Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud», VVAA, *Salud Pública. Enfoque bioético*, ed. Desinlimed, 2005.
- GLOSARIO SOBRE GÉNERO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., *Contenido y Límites de la Prestación de Asistencia Sanitaria*, Pamplona, ed. Aranzadi, 2003.
- GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., «Turismo sanitario *versus* emisión de la tarjeta sanitaria vinculada al lugar de residencia del solicitante», *Revista Aranzadi Social*, nº 5, 2007.
- INFORME SALUD Y GÉNERO 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/introduccion05.pdf>
- MONTOYA MELGAR, A., «Trabajo de la mujer y prevención de riesgos laborales», *Revista Aranzadi Social*, nº 13, 2000.
- OBSERVATORIO SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD, «Género, Salud y migración», Boletín sobre desigualdades de género en salud, nº 8, 2006, <http://genero.sespas.es/boletin200306.htm>
- OBSERVATORIO SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD, «Desigualdades de género en la asistencia sanitaria», Boletín sobre desigualdades de género en salud, nº 5, 2005, <http://genero.sespas.es/boletin050605.htm>
- PALOMEQUE LOPEZ, M.C., «Los derechos a la Seguridad Social y a la salud en la Constitución», AAVV, *Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Constitución*, Madrid, ed. Centro de Estudios Constitucionales, 1980.
- PEMAN GAVIN, J., «La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes», *Revista de Derecho y Salud* nº 2, 2001.
- PÉREZ DEL RIO, T., «La Ley Orgánica de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Aproximación para el debate», *Revista de Derecho Social* nº 37, 2000.
- POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario de género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- POLO SANCHEZ, M.C., *Reintegro de gastos médicos y Estado de Bienestar*, ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.
- RUIZ CANTERO, M.T. y VERDÚ DELGADO, M., «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en España», *Gaceta Sanitaria* nº 18, 2004, págs. 118 y ss.
- SÁNCHEZ TRIGUEROS, C., *El riesgo durante el embarazo*, Pamplona, ed. Aranzadi, 2002.