

Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral

PILAR RIVAS VALLEJO*

El objeto del presente trabajo es presentar las relaciones entre la salud laboral y el género, y, por tanto, cuál es la incidencia de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, *para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, sobre la cuestión. En otras palabras, contrastar la realidad social, y dentro de ella las incapacidades laborales de la mujer en España, y el posible impacto que pueda tener la Ley Orgánica de igualdad, partiendo de las novedades que en materia de salud de la mujer introduce, de forma directa (previsiones específicas sobre política sanitaria) e indirecta (acoso por razón de género y acoso sexual, y su prevención, como focos específicos de riesgo para la salud mental de la mujer, dentro de los denominados *riesgos psicosociales*), y del mismo modo, su tratamiento legal y jurisprudencial como contingencias profesionales o accidentes de trabajo, desde la perspectiva de la política preventiva y de la intervención del Sistema de la Seguridad Social.

1. INTRODUCCIÓN: LA SALUD, UNA CUESTIÓN DE GÉNERO

El tema que centra el presente trabajo es la *salud* de las mujeres trabajadoras, y por

ello también del daño irreversible que en ésta provoca la conjunción del trabajo con otros factores extralaborales que a veces interactúan entre sí para potenciar los riesgos laborales, y que existe una constatada relación entre ambos factores¹, por lo que resulta

¹ Así lo pone de relieve R.C. BARNETT, en «Género, estrés en el trabajo y enfermedad», cap. 34 (p. 57) de la *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo* elaborada por la OIT (disponible en la página web del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo), con cita de importantes obras dedicadas al análisis de la interacción entre trabajo y salud mental: *Handbook of Stress* (de GOLDBERGER y BREZNITZ, 1982), *Job Stress and Blue Collar Work* (de COOPER y SMITH, 1985), *Job Control and Worker Health* (de SAUTER, HURRELL y COOPER, 1989), o la obra de Holt (1992). Y así *Gender and Stress* (de BARNETT, BIENER y BARUCH, 1987) se sitúa como primer estudio específicamente dedicado a la influencia del género en todas las etapas de la reacción al estrés. Por ello, según indica la citada autora, «con la sola excepción de lo referente al aparato reproductor, cuando los investigadores han estudiado los problemas de la salud física y las lesiones físicas, se han centrado en el hombre y en las variantes de su trabajo, y cuando han estudiado los trastornos mentales, se han centrado normalmente en la mujer y en las variantes de su función social», segregación «científica» que ha impedido hallar el factor de género en estos estudios. Y por ello abre su análisis planteando la duda inquietante: ¿Reaccionan de distinto modo hombres y mujeres a los estresores en el lugar de trabajo debido a su condición intrínseca (biológica) o en virtud de sus distintas experiencias? Pregunta que obtiene una respuesta positiva en los escasos estudios dedicados al tema. *Vid.* asimismo BARNETT, R.C.- NL MARSHALL, N.L.- RAUDENBUSH, S.W.-BRENNAN, R.: «Gender and the relationship between job experiences and psychological dis-

* Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Barcelona. Magistrada suplente de la Sala Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.

necesario integrar la perspectiva de género en el análisis de la salud, y de hecho viene empezando a ocupar un lugar en la literatura especializada en la última década² (aunque se desconocía con anterioridad³ y partiendo de que aún sigue siendo una cuestión no inte-

tress: A study of dual-earner couples». *J Personal Soc Psychol*, 1993, Vol. 65, núm. 5.

² VOGEL, L.: «La dimensión de género en salud laboral. Primeras conclusiones de una encuesta europea», en <http://www.etuc.org/tutb/fr/femmes.html> y en www.ugt.es/slaboral/documentos/informes/doc2.pdf. El citado autor indica que el trabajo, tanto remunerado como no remunerado, prácticamente no aparece en la mayoría de los estudios sobre la dimensión de género de la salud, y que hasta ahora únicamente cabe encontrar algunos estudios que constituyen excepción, como es el caso de los de DUCKI, A.: *Arbeit und Gesundheit, en Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Ein Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart, Kolhammer, 2001; o de P. OSTLIN et al.: *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Harvard Scholl of Public Health, núm. 200. En la doctrina española, el enfoque preventivo desde el iuslaboralismo aún es prácticamente desconocido, ya que si bien ya constituye lugar común en la literatura médica, no encuentra tratamiento específico en materia de salud laboral, ni tampoco en el tratamiento jurídico de la prevención de riesgos laborales.

³ Algunos ejemplos: MESSING K.: *Comprendre le travail de femmes pour le transforemer*, BTS, Québec, 1999; y KILBORN A.-MESSING, K.- BILD T. THORBJÖRNSSON (ed.): *Women's Health at Work*, Stockholm, NIWL, 1998; JARAMILLO, D.- URIBE T.: «La atención integral a la mujer: Un compromiso del personal de salud», en tone.udea.edu.co/revista/marz99/atenmi; Acevedo, D.: «La investigación de los problemas de salud de la mujer trabajadora». *Rev. Salud de los trabajadores*, 1995, 3; TORRES AGUAYO, A.-PARAVIC KLIJN, T.: «Morbilidad de la mujer trabajadora», *Servicio de Salud Concepción, Chile*, en *Ciencia y Enfermería*, vol. XI, núm. 1, 2005, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0717-95532005000100008&lng=es&nrm=iso; MINISTERIO DE CULTURA-INSTITUTO DE LA MUJER: *Primeras jornadas mujer y salud*, 2ªed., Ministerio de Cultura, D.L.1987; CC.OO.: *Mujer, trabajo y salud. Apuntes de intervención sindical*. Madrid, CCOO, 2002; MENICUCCI E.- SCAVONE L. (coord.): *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiânia, A.B. Editor, 1997. Vid. también los trabajos del Observatorio de Salud y Género, Grupo de Género y Salud pública, en <http://genero.sespas.es>.

grada en las políticas de salud laboral, ancladas en la perspectiva proteccionista en tanto que «colectivo especialmente sensible» por razones estrictamente biológicas⁴ y por tanto centradas en el embarazo y la maternidad).

Desde una perspectiva más amplia, de salud pública, ha destacado la Comisión Europea el factor diferencial del sexo en la salud (que se manifiesta en que la calidad de vida de las mujeres, aún más longevas, es inferior a la de los hombres, por la incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades, como la osteoporosis, y especialmente las enfermedades cardiovasculares, además del cáncer y los trastornos mentales), y por lo tanto en las políticas sanitarias. Por ello se ha establecido un «Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010» con inclusión de la perspectiva de género. Y del mismo modo sitúa como objetivo del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) atajar las desigualdades en materia de sanidad. Y, asimismo, la propuesta de Decisión del Consejo relativa al Programa Específico «Cooperación» por el que se ejecuta el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea de Acciones de Investigación, Desarrollo Tecnológico y Demostración (2007-2013) tiene la intención de integrar los aspectos de género en la investigación sanitaria, como reseñan las Conclusiones del Consejo sobre la salud de las mujeres (2006/C 146/02), que *subraya la importancia de aumentar entre la población en general, y también entre los profesionales sanitarios, la conciencia de que el sexo es un factor determi-*

⁴ Según afirma VOGEL (op.cit., p. 4), «generalmente, las políticas de salud laboral han ignorado la interacción entre el trabajo remunerado y el no remunerado y se han desarrollado sobre todo como políticas correctivas en las que la dimensión de género aparecía, en el mejor de los casos, como un elemento complementario orientado a abordar algunos problemas particulares de las mujeres (catalogadas como «grupo de riesgo», al igual que los jóvenes o los discapacitados)». Y que «este repentino interés por la biología femenina se limita únicamente a la maternidad».

nante clave de la salud, y reconoce la importancia de atajar las desigualdades que pueden existir entre Estados miembros atendiendo a los factores determinantes de la salud ligados a aspectos sociales y económicos⁵.

Del mismo modo, la reciente Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, *para la igualdad efectiva de hombres y mujeres* (LOI), en su art. 27 dispone la integración del principio de igualdad en la política de salud⁶, con una política específica de promoción de la salud de las mujeres, «así como de prevención de su discriminación», en el marco de la educación sanitaria y la investigación científica, y en particular en relación con la salud laboral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo (art. 27.3).

Como puede comprobarse, los temas objeto de este trabajo se encuentran directamente interconectados, y así lo refleja la propia LOI.

La cuestión abordada puede ser tratada, en lo que al ámbito del trabajo y de su regulación y protección por el Sistema de la Seguridad Social se refiere, desde una doble perspectiva, si bien el análisis, concordante con el título propuesto, se va a centrar en la salud desde el punto de vista preventivo pero especialmente cuando ésta ya se encuentra dañada en estado irreversible y es tributaria del reconocimiento de la llamada situación de incapacidad permanente para el trabajo, de acuerdo con la definición legal que de la misma realiza la norma de protección de la citada situación, la Ley General de la Seguridad Social en su artículo 136, esto es, cuando

impide de forma definitiva la ejecución del trabajo o al menos reduce la aptitud para desempeñar la profesión habitual (cuando dicha reducción es significativa, y se entiende que lo es si alcanza al menos a un 33% de merma de capacidad). Dichas perspectivas son las siguientes:

- Desde el punto de vista de la salud laboral, pues en el ámbito del trabajo la política de prevención de riesgos ha de tomar en consideración los riesgos también en función de la diferencia de género, por razón de su mayor prevalencia, incidencia e interactuación, y mejor prevención, para una más adecuada gestión de la prevención de los mismos. En este ámbito, desde la Comisión Europea se ha prestado atención a las particularidades de la salud de las mujeres en el marco de la protección de la salud laboral en el informe «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia de salud y seguridad (2002-2006)».
- Desde la situación de irreversibilidad del daño a la salud, ya manifestado y desarrollado de forma definitiva, cuando tiene incidencia en la propia capacidad para el trabajo y la anula o la reduce, en cuyo caso entra en juego el sistema de protección social público mediante prestaciones económicas, las prestaciones por incapacidad permanente. En este caso resultará de interés no ya el estudio de la legislación protectora de las incapacidades, común para ambos sexos, sino comprobar la prevalencia de las declaraciones de incapacidad según sexo e incluso sector productivo y profesiones.

2. SALUD LABORAL

2.1. Planteamiento

Siquiera como aproximación breve a la cuestión, objeto de más exhaustivos y sesudos

⁵ Sin embargo, también ha destacarse que la propuesta de Resolución del Parlamento Europeo sobre la discriminación de género en los sistemas de salud (2004/2218 (INI)) fue rechazada por el Parlamento por 244 votos en contra, 173 a favor, y 149 abstenciones (fue objeto de un informe realizado por Eva-Britt SVENSSON [GUE/NGL, SE]).

⁶ Así, el art. 27.2 se refiere especialmente a que las Administraciones públicas se centrarán en evitar que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

estudios, ha de realizarse un apunte sobre la prevención de la salud laboral de las mujeres.

Para comenzar, dos afirmaciones son obligadas:

En primer lugar, no existe una política preventiva específica de riesgos laborales desagregada por sexos desde el punto de vista del marco legal vigente, ni tampoco puede afirmarse que constituya una realidad en las empresas españolas. Ni tampoco ha sido objeto de atención específica fuera de nuestras fronteras, pues la perspectiva preventiva se reserva para los aspectos biológicos especialmente relacionados con la maternidad, descuidando otras incidencias de género que pueden interactuar con otros factores de exposición a riesgos laborales y reduciendo las políticas a criterios aparentemente neutros pero basados en patrones masculinizados⁷.

⁷ VOGEL (*op.cit.*, p. 5) considera que «la literatura sobre las relaciones entre las condiciones laborales y las alteraciones del ciclo menstrual es casi inexistente. El estudio de las especificidades relacionado con la exposición a sustancias peligrosas, ya sea a causa de su relación con la actividad hormonal, ya sea a causa de la diferente composición de algunos tejidos, también está muy poco desarrollado. Sólo recientemente se han empezado a hacer estudios sobre las posibles correlaciones entre el cáncer de mama y el trabajo nocturno». Con gran claridad afirma que el enfoque proteccionista progresivamente ha ido cediendo terreno a un enfoque «neutro del punto de vista del género» que consiste en aprehender las cuestiones de salud laboral desde el punto de vista de un trabajador abstracto cuyo referente implícito es la normalidad de del trabajo masculino («normalidad» prefabricada y que obviamente no se corresponde con la extrema diversidad de trabajadores masculinos en la realidad). Hoy en día ésta es la característica predominante de las políticas de salud laboral en la Unión Europea y en sus Estados miembros a pesar de la retórica sobre el *mainstreaming*. Y ello lo demuestra el tratamiento a la salud laboral de los empleados de hogar, que son principalmente mujeres, excluidas de tales políticas, pero expuestas a un índice más alto de riesgos laborales, sin olvidar su mayor y especial exposición a riesgos de intimidación unidos a factores de dominación derivados en gran parte de la condición de extranjeras de estas trabajadoras.

Las únicas medidas preventivas existentes se refieren a la capacidad reproductiva o al propio estado biológico del embarazo, como estado temporal o transitorio que merece una protección específica (especialmente frente a ciertos riesgos relacionados con el contacto con agentes tales como plomo, mercurio, disolventes, plaguicidas, o cloruro de vinilo), en el marco de las obligaciones preventivas que impone al empresario la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo (principalmente, en el Derecho comunitario Directivas 89/391, y 92/81, de acuerdo con la Directiva 76/207/CEE, de 9 de febrero de 1976, tras las modificaciones introducidas por la Directiva 2002/73/CE, de 23 de septiembre, en cuanto se refiere a la introducción de tales medidas como factor de protección diferencial por razón de sexo, y en el Derecho interno art. 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre de 1995)⁸.

⁸ El estado biológico de gravidez o puerperio exige extremar las habituales medidas de seguridad y salud en el trabajo, y a tal fin tanto la Organización Internacional del Trabajo como el Derecho social comunitario han dedicado diversas normas protectoras: a) en el ámbito de la OIT: Recomendación nº 4, de 1919 (prohibición de realizar trabajos en contacto con cinc y plomo); Convenio nº 3, de 1919 (empleo de las mujeres antes y después del parto: descanso de 12 semanas durante el embarazo, 6 de las cuales deberán disfrutarse tras el parto, permiso de lactancia de una hora fraccionada en dos mitades, derecho a reserva de puesto de trabajo durante ausencias derivadas de licencia por maternidad); Recomendación nº 95, de 1952 (prohibición de trabajo nocturno y la realización de horas extraordinarias, los trabajos de carga que exijan esfuerzo físico excesivo o la utilización de ciertas máquinas, durante un periodo que se puede extenderse más allá de los tres meses posteriores al parto); Convenio nº 103-1952 (protección de la maternidad); Convenio nº 127, de 1967 (restricción en cuanto al transporte manual de carga); Recomendación nº 128, de 1967 (prohibición de realizar durante el embarazo y las diez semanas siguientes al parto transporte manual de carga si, según prescripción médica, es desaconsejable para la salud de la madre o del hijo); Convenio nº 136, de 1971 (prohibición de trabajos en contacto con benceno); b) en el Derecho social comunitario: Directiva 92/85, de 19 de octubre, sobre la aplicación de medidas para promover

Por el contrario, se desconoce por completo toda protección específica en primer lugar de los factores ligados a elementos externos al trabajo pero que interactúan con éste para potenciar o multiplicar el riesgo, y en segundo lugar, aunque ya objeto de cierta atención doctrinal, de un riesgo que aparece como emergente, pese a ser consustancial a la historia del trabajo de la mujer, las relacionadas con su doble rol o trabajo fuera y dentro del ámbito doméstico, a pesar de la *Declaración de Beijing*⁹, de la Declaración de Viena sobre el programa de acción del derecho al desarrollo de 1993 (art. 41, referido a la salud de la mujer), y aunque España se sitúe en el puesto décimo (entre 115) del ranking en materia de brecha de género, encabezado por Suecia¹⁰ y, por tanto, se caracterice, especialmente tras la LO 3/2007, por la integración de dicha perspectiva en las diferentes esferas de la vida social. Como es sabido, a pesar de ello, aún quedan importantes brechas, algunas de ellas invisibles hasta el momento, como es el

factor diferencial del sexo en la salud, y especialmente en la salud laboral.

En segundo lugar, por el contrario sí cabe aseverar que existen riesgos laborales específicos de las mujeres, afirmación constatada por diversos estudios sobre el particular¹¹ (pese a que la atención al mismo es novedosa en el ámbito de la salud), como es el caso de los siguientes:

- *Acoso*, laboral genérico o sexual¹². En general, riesgos denominados «psicosociales», relacionados con la propia organización del trabajo, que afectan en particular a la salud mental, en forma de estrés, depresión, ansiedad, violencia en el trabajo, acoso... que son mucho más frecuentes en determinados sectores de la actividad económica, entre los que se cita la educación, los servicios sociales y la asistencia sanitaria (es decir, en sectores de la actividad económica fuertemente feminizados). Riesgos

la mejora de la seguridad y salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia, en adelante Directiva 92/85).

⁹ La Declaración de Beijing adoptada el 15 de septiembre de 1995 por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, incidiendo sobre la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (BOE de 21 de marzo de 1984, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm#object1>), estableció en sus declaraciones números 15 y 24 el compromiso de defender y fomentar la distribución equitativa entre hombres y mujeres de las responsabilidades familiares. Por otra parte, la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, en su informe *Gender mainstreaming in surveys* (en <http://eurofound.europa.eu/wco/employment/gender/>) sí incorporó parte de los objetivos de Beijing, informe que, por cierto, indica que no existe unidad autónoma ni en el INSHT ni en el MTAS para la realización de la estadística transversal y no meramente desagregada por sexos.

¹⁰ El ranking sitúa a los países europeos a la cabeza de la igualdad de género. *Vid.* Foro Económico Mundial (autores R. HAUSMANN, L. D. TYSON, y S. ZAHIDI): *The Global Gender Gap*, Report 2006, Ginebra, 2006, (www.weforum.org), p. 3. Sin embargo, en materia de salud, el puesto pasa a ser el 71.

¹¹ Cfr. informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, titulado *Género y condiciones de trabajo en la Unión Europea*. En <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF9759ES.pdf>; BAUBAS-LETOURNEUX, V.: *Organización del trabajo y salud en la Unión Europea*. Fundación europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. 2003, en: <http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0206ES.pdf>. *Vid.* también Salud, mujeres y trabajo, elaborado por CCOO, en http://www.ciudademujeres.com/articulos/IMG/pdf/salud_mujeres_trabajo.pdf; y UGT: "Salud laboral y género", en <http://www.ugt.es>.

¹² VOGEL (*op.cit.*, p. 7) denuncia que se trata de una cuestión planteada siempre, incluso en el Derecho comunitario, en términos privados («de relación entre el acosador y la persona acosada») y no como un problema de salud laboral, sin considerar que *el acoso sexual puede también estar ligado a la organización del trabajo y convertirse en instrumento de la preservación de la dominación masculina*, y que superpone a la finalidad sexual individual una *finalidad colectiva que es más política y simbólica que sexual*, destinada a preservar las relaciones jerárquicas en las que la dimensión de género juega un papel importante. Ese planteamiento ha permitido excluir el establecimiento de instrumentos preventivos idóneos para combatirla.

prevenibles¹³, cuestión sobre la que se incidirá más adelante.

- *Dobles jornadas* (o doble presencia), riesgo que sí ha comenzado a ser tenido en cuenta en los primeros estudios de género y salud laboral. Es un hecho incontestable que las responsabilidades familiares incrementan los riesgos laborales al interactuar con ellos¹⁴. Así, según afirma la doctrina científica especializada, «los problemas de la vida privada junto con los laborales generan una sinergia negativa y una mayor pre-

disposición al *burnout*¹⁵ y, por lo tanto, no puede desvincularse uno y otro ámbito y no puede exigirse una única causalidad para considerar el descrito como un riesgo laboral.

- Riesgos ligados a *actividades feminizadas*¹⁶:
 - Textil y confección
 - Servicios
 - Enseñanza
 - Hostelería y comercio
 - Sanidad
 - Agroalimentación
- Riesgos derivados de otros factores de *discriminación*, mucho menos explorados hasta el momento, por no decir ignorados: salarios más bajos, menor participación en la toma de decisiones, en los puestos directivos o de relevancia en las organizaciones donde prestan servicios, precariedad laboral¹⁷ (factor de riesgo

¹³ COOPER, C.L.-CARTWRIGHT, S.: «Resumen de las estrategias generales de prevención y control», en cap. 34 de la *Enciclopedia OIT de Seguridad y Salud laboral*, op.cit., p. 75. Dichos autores señalan una triple intervención: la *prevención primaria*, consistente en acciones dirigidas a reducir o eliminar los factores de estrés y promover positivamente el medio ambiente de trabajo saludable y solidario; la *prevención secundaria*, consistente en la detección y tratamiento precoces de la depresión y la ansiedad a través de la concienciación de los trabajadores y la promoción de las estrategias de control del estrés; y la *prevención terciaria*, que implica la rehabilitación y recuperación de las personas que han sufrido o sufren problemas graves de salud producidos por estrés. En términos generales, en relación con los riesgos psicosociales, *vid.* en particular la intervención sindical en el ejemplo británico de MSF (Management, Science and Finance): *Prevention of Violence At Work, and MSF Guide UIT Model Agreement and Violence At Work Questionnaire*. MSF Health and Safety Information, nº 37. Herts, Reino Unido: MSF Health and Safety Office, 1993; y *Bullying At Work and How to Tackle It: A Guide for MSF Members and Representatives*. Herts, Reino Unido: MSF Health and Safety Office, 1995; y UNISON: *Violence in the NHS: NUPE Guidelines*. Londres: Unison, 1991; y *Violence at work: A preventative strategy*. Unison Work Health Safe, Julio 1992, núm. 1.

¹⁴ VVAA.: «Mujer, trabajo y salud» en *Cuadernos Sindicales CC.OO.*, noviembre 1999, p. 5, y PEDROSA ALQUÉZAR, S.I.: «La salud integral de la mujer trabajadora: carencia de una efectiva protección», en *wzar.unizar.es/siem/articulos/Premios/salud.pdf*, p.6; TORRES AGUAYO, A.-PARAVIC KLJIN, T.: «Morbilidad de la mujer trabajadora», *Servicio de Salud Concepción, Chile, en Ciencia y Enfermería*, vol. XI, núm. 1, 2005, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100008&lng=es&nrm=iso, p. 11.

¹⁵ CORRAL GARCÍA, A. Del (a la sazón Coordinador Provincial de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades. Deleg. Prov. de Salud. Junta de Andalucía): «Enfermedades invalidantes más prevalentes», en AA.VV.: *Patologías invalidantes y su aplicación práctica*. Consejo General del Poder Judicial. Madrid. 2004. El *burn out* se define como agotamiento emocional, despersonalización y menor realización personal por MASLACH y por JACKSON (en sendas obras realizadas en colaboración en los años 1981/1986 y posteriormente en 1993).

¹⁶ No puede dejar de citarse de nuevo a VOGEL, por su claridad y contundencia al abordar la cuestión. Dicho autor viene a concluir que la propia construcción de la división sexual del trabajo incorpora como uno de sus determinantes la banalización de los riesgos vinculados a los estereotipos masculinos y femeninos, lo cual hasta ahora ha llevado a olvidar este factor en la política preventiva, y la importancia de su impacto sobre la salud de la mujer trabajadora.

¹⁷ Situación que ha conducido a que en 1992, alrededor de 60.000 mujeres abandonara su empleo por razones familiares, y que la cifra se haya duplicado en 2002 (117.500). Frente a dichas cifras, sólo 6.000 hombres se encontraron en idéntica situación, de forma

psicosocial), temor a la pérdida del empleo con ocasión del embarazo o la maternidad¹⁸, etc.¹⁹ Y, como han indicado JOHNSON y JOHANSSON, los efectos de la *exposición crónica a un lugar de trabajo poco democrático* requieren de una atención especial, particularmente desde la índole preventiva.

2.2. Riesgos laborales y patologías femeninas

2.2.1. Riesgos laborales femeninos

Tradicionalmente se ha venido identificando riesgos laborales femeninos con aquellos que inciden sobre la capacidad reproductiva, el embarazo y la maternidad, o que se manifiestan con ocasión del embarazo. En este ámbito, según indica Javier Sanz González²⁰,

constante. De las cifras correspondientes a mujeres y al año 2002, se observa un porcentaje muy significativo de personal con escasa cualificación, lo que facilita el abandono, al tratarse de trabajos más precarizados, con horarios más «penosos» y salarios más bajos (un 30,8% de trabajadoras no cualificadas, un 26,8% de trabajadoras de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio, y un 11,2% de empleadas administrativas), mientras un escaso porcentaje se concentra en técnicos (9,4%) y en profesionales científicas e intelectuales (2,6%). Fuente: INE, *Encuesta de Población Activa*.

¹⁸ PEDROSA ALQUÉZAR, *op.cit.*, p. 10. Los estudios especializados sobre el impacto del trabajo sobre la salud mental de los trabajadores indican que el consumo de grandes cantidades de alcohol y los problemas asociados al mismo se han relacionado con un exceso de horas de trabajo y la ausencia de recompensas intrínsecas del trabajo en los varones y con la inseguridad laboral en las mujeres en Japón (KAWAKAMI, et al., 1993). La cita es de MUNTANER, C. y EATON, W.W.: «Trastornos mentales», en el cap. 34 de la Enciclopedia OIT sobre seguridad y salud en el trabajo, *op.cit.*, p. 74.

¹⁹ Vid. el informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, titulado Género y condiciones de trabajo en la Unión Europea. En <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF9759ES.pdf>.

²⁰ Servicio de Medicina del Trabajo, Arthur Andersen «Control de Riesgos Laborales para la mujer», Ponencia del Seminario «Prevención de riesgos de las mu-

existen riesgos más frecuentes en la mujer, que pueden tener incidencia en el desarrollo del embarazo²¹ (parcela tradicionalmente explorada, frente a otros planteamientos más novedosos que integran la perspectiva de género y no la mera desagregación de datos por sexos²²). Tal es el caso del estrés.

Ello motiva que «el control de riesgos debe tener las características de ser dinámico, individualizado y global atendiendo a los cambios de tipo psicofisiológico que suceden en la mujer», es decir, valorando los riesgos tanto físicos como psicológicos.

Las alteraciones de la salud más frecuentemente observadas y, por tanto, reiteradas en los periodos de gestación, son, según un estudio del U.S. Bureau of National Affairs de Estados Unidos²³, en primer lugar el estrés²⁴, y en el noveno puesto se sitúan los daños durante la gestación.

De lo cual se deduce que «las circunstancias que concurren en el trabajo son vividas

eres en el trabajo», celebrado en el marco de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en Santander, septiembre de 1998. Ejemplar fotocopiado.

²¹ Señala, asimismo, que, en una gestación, existen dos objetivos: 1) los biológicos: el nacimiento de un hijo sano, aspecto más controlado en la evaluación de riesgos laborales y su control, especialmente en cuanto a embriotoxicidad y teratogenicidad; 2) psicosocial: el desarrollo saludable de la mujer en su maternidad (señaladamente, aceptación del embarazo, adaptación al papel materno y ligazón materno-fetal), aspecto mucho menos cuidado, a pesar de que también es fuente de problemas, especialmente psiquiátricos.

²² Cfr. BARNETT, en «Género, estrés en el trabajo y enfermedad», cap. 34 (p. 57) de la *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo* elaborada por la OIT, *op.cit.*

²³ HATCH M.-MOLINE, J.: *Women, work, and health*. Am J Ind Med, septiembre 1997.

²⁴ Definido por SANZ GONZÁLEZ como «respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que se le haga», siendo dicha respuesta de distinta etiología y manifestación variada y caracterizándose por la sucesión de diversas fases de diferente duración pero efectos nocivos para la salud o el bienestar del paciente. Entre otros efectos, pueden causar trastornos menstruales (amenorreas psicógenas).

por las mujeres trabajadoras como una fuente importante de estrés durante el periodo gestacional» (Sanz). En suma, el estrés es una fuente de patologías mentales con una especial incidencia sobre la mujer trabajadora²⁵.

Pues bien, al hilo de lo anterior, en el terreno de los riesgos laborales y en particular los de tipo psicosocial, en los últimos tiempos se viene constatando que constituye un *factor de riesgo específico la asunción de dobles cargas por parte de la mujer trabajadora*²⁶. Se ha observado que también *otros factores personales o sociales tienen una incidencia modificativa sobre tales riesgos, y que los individualizan según la persona afectada*. Entre ellos se afirma que incrementan el riesgo los que se encuentran entre los grupos de individuos de riesgo especial para hacer referencia a su especial vulnerabilidad, y que uno de ellos es precisamente el compuesto por las mujeres con doble carga (particularmente en el caso de la monoparentalidad)²⁷.

²⁵ Estresores externos al embarazo (según SALVATERRA, 1989): problemas de salud; *circunstancias de trabajo y empleo*; condiciones de vida (vivienda...); consuetudine familiar; relaciones con el marido (o pareja), y funcionamiento del sistema de atención médica.

²⁶ Se trata de una importante rémora en todo el mundo. Así, Marta LAMAS (*Género, desarrollo y feminismo en América Latina*, México, 2007, en el curso de la X Conferencia Regional Sobre la Mujer de América Latina y El Caribe, celebrada en agosto de 2007 en México DF) señala que «en América Latina, el trabajo no remunerado del cuidado humano se asume como el destino «natural» de las mujeres e, inexcusablemente, la maternidad y los cuidados del hogar constituyen una «barreira» para la incorporación de las mujeres al mercado laboral o se vuelven una doble carga de trabajo para ellas», y que «el trabajo no remunerado de cuidado humano continúa siendo una labor predominante de mujeres y la riqueza se asienta sobre un contrato sexual que otorga gran valor simbólico a la maternidad y considera «natural» que las mujeres se hagan cargo del trabajo no remunerado de cuidado humano».

²⁷ Oficina de Publicaciones de la Comunidad Europea: *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?», op.cit.*, p. 9.

Se trata de un riesgo a prevenir, puesto que *genera una especial carga mental* para la trabajadora frente a un trabajador que no cuenta con estresores tan importantes y que necesariamente ha de repercutir en la forma de enfrentarse al trabajo y en la incidencia de los factores psicológicos de éste sobre la salud de la trabajadora²⁸. Ello obliga por lo tanto a su consideración, dentro de una adecuada política de conciliación de la vida familiar y laboral, no sólo desde el punto de vista de los derechos de los trabajadores, sino desde esta perspectiva puramente prevencionista, y por supuesto dentro de la política sanitaria.

En tanto que factor específico de riesgo, algunos técnicos y Guías de Evaluación de Riesgos laborales vienen ya indicando que éste debería ser objeto de la preceptiva evaluación a fin de establecer su prevención en el correspondiente plan de prevención, como es el caso del *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo* de ISTAS (Método ISTAS 21), adaptación del método CoPsoQ de Kristensen²⁹ (identificados a través de la aplicación del *Cuestionario Psicosocial de Copenhague*), o la *Guía sobre Factores ergonómicos y psicosociales*, de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social³⁰, amén de los aspectos puramente organizacionales, que

²⁸ Vid. supuestos extremos en el caso de las trabajadoras de maquilas de Honduras y en Centroamérica en general en HERNÁNDEZ MENDOZA, S.Z.-PÉREZ COTO, R.L.: *Condiciones Laborales y de Salud de los Trabajadores de la Maquila del Tabaco Ciudad El Paraíso*, tesis doctoral, Honduras, octubre 2003-marzo 2004, Ocotal-Nueva Segovia, 2004, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Tesis digitalizada, documento 0012-T245, disponible en Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua, en desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t245/seccionc.pdf.

²⁹ MONCADA, S.; LLORENS, C.- KRISTENSEN, T.S.: *Manual para la de riesgos psicosociales en el trabajo*. Método ISTAS-21, CoPsoQ, Istas, 2002.

³⁰ También *Guía de Actuación Inspectora en factores Psicosociales*, Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006.

necesariamente han de integrarse en la política preventiva³¹.

Sin embargo, se trata de un riesgo que todavía no ha sido considerado en la práctica en los planes de prevención ni ha sido objeto de evaluación específica, pese a ser un factor objetivable y que los técnicos y expertos en la materia entienden ser perfectamente evaluable y considerable a efectos preventivos. *Si se parte de que las patologías mentales de tipo depresivo son de las más frecuentes entre las incapacidades laborales femeninas, amén de causa de un elevado porcentaje de incapacidades temporales, no debería desdeñarse su importancia.*

Así, en la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, se subraya que entre las evaluaciones de riesgos realizadas los aspectos mentales y organizativos, a los que vienen referidos los llamados riesgos psicosociales, sólo fueron objeto de atención en un porcentaje del 13,6% para todos los sectores (un 6% en la industria, un 6,9% en la construcción y un 16,7% en el sector servicios)³².

Según sexos, la mujer sufre porcentualmente muchos menos accidentes de tipo físico (cortes, caídas, quemaduras, sobreesfuerzos...³³). En cambio, se encuentran más expuestas a los factores que conforman la exposición a riesgos psicosociales: exigencia mental del puesto de trabajo, o alta exigencia del mismo, ritmo de trabajo... La encuesta citada indica que en un 10%, frente al 8,3% masculino, la mujer está expuesta a una alta demanda (el ítem es «hay que sacar la pro-

ducción por encima de todo»), a esfuerzos o posturas forzadas (18% frente al 13,6%), al ritmo de trabajo elevado (16,5% frente al 9,5%) y al cansancio o fatiga (26,7% frente al 20,8%), datos provenientes de la encuesta a los propios trabajadores, a los que se les preguntaba por los factores de riesgo de su puesto de trabajo.

Si se contrasta el dato con el índice de accidentes sufridos, los mismos ítems indicados señalan los siguientes resultados: alta demanda (10,8% mujeres frente a 10,5% hombres), esfuerzos o posturas forzadas (13,3% frente al 14,8%), ritmo de trabajo elevado (16,5% frente al 9,5%) y cansancio o fatiga (17,4% frente al 9,8%), o elevada carga de trabajo (23,9% frente al 17,2% en hombres). En cifras globales, *la mujer se encuentra expuesta a riesgos relacionados con las exigencias del trabajo en un 54,7% (frente al 45,2% del hombre), y sufre un 44,3% de accidentes (frente al 39,4% del hombre).* Las tareas repetitivas se concentran asimismo entre las mujeres (42,2%, frente al 37,4% entre los hombres), y así sucede también, como se ha indicado, respecto de las tareas que requieren un ritmo de trabajo elevado (41,1% frente al 39,3% entre los hombres)³⁴.

Resulta significativo que las mujeres cumplan dos de los tres criterios que determinan la mayor exposición a factores psicosomáticos asociados al tipo de trabajo con elevada exigencia mental, configurado por tres parámetros (nivel de atención elevado, ritmo de trabajo también elevado, y realización de tareas muy repetitivas y de muy corta duración durante más de la mitad de la jornada). Los resultados de esta exposición se indican en la tabla contenida en la citada V Encuesta nacional³⁵:

³¹ WESTLANDER, G.: «Factores psicosociales y gestión organizativa», cap. 35 de la Enciclopedia OIT de Seguridad y salud en el trabajo, op.cit.

³² Por otra parte, otro de los factores de exposición principales, los posturales y de carga física, se distribuyen en un 33,7% en la industria, un 43,2% en la construcción, y un 43,7% en servicios.

³³ Vid. tabla en anexos.

³⁴ Los datos son similares en otros países no europeos. Vid. la estadística similar en México en «Datos y género. La salud de la mujer trabajadora», vol. I, núm. 3, 2003, en http://www.mujierysalud.gob.mx/mys/contenido/cart_pub.html.

³⁵ Vid. también un estudio sobre los factores de riesgo laboral más feminizados en .OO.: *Mujer, trabajo y sa-*

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LOS FACTORES DE MAYOR RIESGO

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	% trabajadores con exigencias elevadas (1)	% trabajadores sin exigencias elevadas (2)
Le cuesta dormirse o duerme mal	16,7	8,9
Tiene sensación continua de cansancio	17,5	11,2
Sufre dolores de cabeza	18,3	10,8
Sufre mareos	6,4	1,8
Le cuesta concentrarse, mantener la atención	3,5	2,1
Le cuesta acordarse de las cosas	5	3,3
Se nota irritable, tenso	10,5	7,7
Sufre alteraciones del apetito o digestivas	5,9	3,1
Tiene problemas de ojos (lagrimeo, visión borrosa...)	9,8	3,8
Bajo estado de ánimo	7,2	3,9

Es decir, la incidencia se concentra en patologías mentales, o síntomas próximos a las mismas que pueden desencadenarlas si se reiteran y acaban cronificándose, incluso hasta conducir a la incapacidad permanente para el trabajo.

Por otra parte, la mujer acude también con mayor asiduidad a consultas médicas³⁶ de los Servicios de Salud (56,4%, frente al 50,7% observado en hombres; y de ellas en un 15% por patologías laborales), lo cual puede tener una repercusión en el índice de bajas laborales, pero no necesariamente. El índice decrece en cuanto respecta a las patologías laborales y especialmente a los accidentes de trabajo.

lud. Apuntes de intervención sindical. Madrid, CCOO, 2002, disponible en <http://www.madrid.ccoo.es/Publicaciones/CuadernosSindicales/Mujer/mujer.htm>.

³⁶ Los motivos más frecuentes fueron el dolor de espalda (el 5,2% de los trabajadores acudieron a consulta por esta causa), seguidos del dolor de cuello, el dolor en miembro superior y el estrés. Tanto la primera como la última de las causas mencionadas fueron protagonizadas en un índice mayor por mujeres.

2.2.2. Patologías «laborales» más feminizadas

Según indica la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo³⁷, la mujer ocupa preferentemente puestos en el sector servicios (un 54,8% frente a un 45,2% de trabajadores masculinos), y en segundo lugar en la industria, donde se encuentra infrarrepresentada (24,5% frente a 75,5%), sin computar, por su presencia testimonial, el sector de la construcción (sólo el 3%).

Si consideramos que la población trabajadora femenina, en un 80% dedicada al sector servicios, se concentra en dos sectores mayoritarios, el sanitario y la educación (GARCÍA GÓMEZ³⁸), dentro del sector servicios, puede concluirse que *en el sector servicios los ries-*

³⁷ En http://www.mtas.es/insht/statistics/ect05_resul.htm.

³⁸ En «Patologías más frecuentes en el trabajo de las mujeres», Seminario «Prevención de riesgos de las mujeres en el trabajo», celebrado en la UIMP, Santander, 31 agosto a 4 de septiembre de 1998.

gos más frecuentes son el estrés y la ansiedad, así como los propios del sector sanitario: biológicos, radiaciones, químicos y musculoesquelético (por otra parte, característico de otros servicios, como los trabajos de oficina, y de la industria, por la realización de trabajos repetitivos con escasa movilidad corporal, y manifestación a su vez del estrés³⁹).

Por otra parte, según la Segunda Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo y Salud, *las mujeres desempeñan preferentemente trabajos con alta demanda y bajo control sobre la tarea* (García Gómez), en condiciones de trabajo más precarias (y desigualdad de remuneración), lo cual incide sobre su salud (en forma de estrés), puesto que precisamente tales son algunas de las causas de los llamados «riesgos psicosociales» en el trabajo (Frankenhaeuser y Lundberg). De igual modo señala García Gómez dos elementos dignos de estudio: *la especificidad biológica y psicológica de la mujer y el elemento socioeconómico* (su papel en el mundo laboral, en la sociedad y en la familia), con especial consideración de las dobles jornadas, el trabajo a domicilio, el trabajo de las empleadas de hogar o el falso trabajo autónomo y el trabajo agrícola.

Todos estos elementos no han sido suficientemente valorados o investigados, razón por la que se habla de una «patología invisible» (v.g., las agresiones físicas o mentales se reflejan sobre el sistema de funcionamiento cerebral y se traducen en alteraciones de la menstruación y ésta en cansancio o cefaleas).

³⁹ SOO-YEE LIM, STEVEN L. SAUTER y NAOMI G. SWANSON: «Trastornos musculoesqueléticos», en el cap. 34, *Factores psicosociales y de organización, de la Enciclopedia de Seguridad y Salud en el trabajo de la OIT*, op.cit., p. 72.

TABLA: PATOLOGÍAS POR SECTORES DE ACTIVIDAD

Sector sanitario:

- Riesgos biológicos (hepatitis, SIDA,...)
- Exposición a radiaciones ionizantes.
- Riesgos químicos: citotóxicos, óxido de etileno.
- Riesgos musculoesqueléticos.

Peluquerías:

- Dermatitis de contacto.
- Asma.
- Exposición a productos químicos.

Azafatas y auxiliares:

- Insuficiencia venosa.
- *Jet lag*.
- Síndrome de fatiga crónica.

Personal de dirección:

- Ansiedad.
- Estrés.
- Ambivalencias.

Trabajadoras del campo:

- Zoonosis.
- Intoxicaciones por fitosanitarios.
- Cáncer de piel.

Respecto de las cuestiones destacables en relación con la salud de la mujer trabajadora⁴⁰, se ha constatado que existen unas *dolencias prevalentes* entre las mujeres⁴¹:

⁴⁰ Respecto del análisis por género de las dolencias más prevalentes entre la población vid. las estadísticas en el Observatorio de género y salud, en http://genero.sespa.es/estadisticas/salud/morbilidad/ob_morbilidad04.htm.

⁴¹ KOMPIER, M- LEVI, L: *Estrés en el trabajo: Causas, efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1995; PÉREZ DEL RÍO, T. -BALLESTER PASTOR, A.: *Mujer y Salud Laboral*, Madrid, La Ley-Actualidad, 2000; ANTOLÍN, L y MAZARRASA, L.: *Cooperación en salud con perspectiva de género*, Madrid. Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacio-

Lesiones musculoesqueléticas (mayoritariamente localizadas en cuello y columna dorsal), que, en cifras, se sitúan en un 78.9% (de las trabajadoras sufren de estas dolencias), según la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, Madrid, 2001), dato que apenas varía en la V Encuesta Nacional, en el que se sitúa en un 78,7% de las mujeres (frente al 73,5% de los hombres).

Tales dolencias están motivadas por la *realización de tareas repetitivas*; mientras que en el conjunto de la Unión Europea, según indica el informe de la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo en el año 2003⁴², *Organización del trabajo y salud en la Unión Europea*, la cifra global (sin desagregar por sexos) alcanza el 28% del total de los trabajadores, de los cuales predomina su localización en cuello y hombros en un 13% y en un 3% en las

piernas en las mujeres (frente al 10% y 2% respectivamente).

Debe considerarse que el dato es fiel reflejo de otra cifra: la de *trabajadoras que realizan trabajos que implican movimientos repetitivos durante al menos la mitad de la jornada, que asciende al 46% del total*.

Las mujeres están más expuestas a las intimidaciones en el lugar de trabajo que los hombres (10% frente a 8%)⁴³. No obstante, el número de bajas laborales por problemas de salud mental (irritabilidad, insomnio y ansiedad) fue idéntico en hombres y mujeres en el periodo evaluado –1999 y 2000– por la Fundación Europea en su informe *Organización del trabajo y salud en la Unión Europea*, especialmente debidos al exceso de trabajo (plazos cortos, tareas repetitivas y ritmo de trabajo elevado).

Según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, un 2% de las encuestadas manifestaba haber sufrido acoso psicológico en los dos últimos años, frente a un 1,2% de hombres.

Por su parte, la IV Encuesta Europea sobre condiciones de trabajo (Luxemburgo, 2007⁴⁴) indica que las mujeres se encuentran más expuestas al acoso (físico e intimidación), en un 6%, frente al 4% del hombre, y especialmente las mujeres jóvenes, donde el índice asciende hasta el 8% para las menores de treinta años. La encuesta arroja los siguientes resultados globales por sexos:

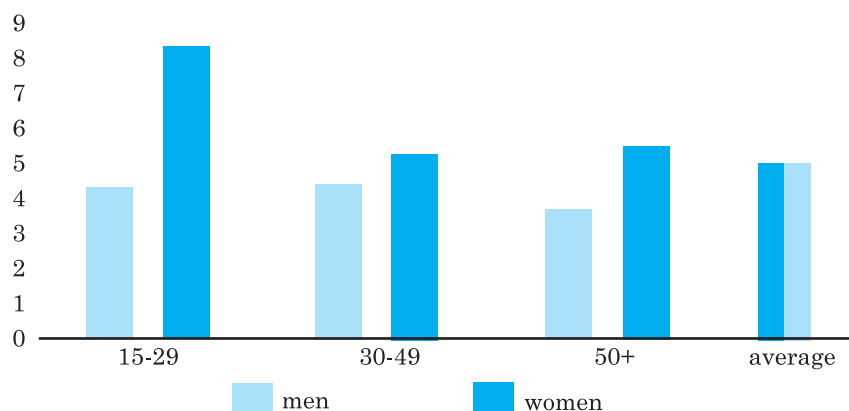
nal de Sanidad, Federación de Planificación Familiar de España, 1997; BLANCO, G.- FELDMAN, L.: «Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora». *Rev. Salud Pública de México* 42, 2000; PEDROSA ALQUÉZAR, op.cit., p. 7. El tema ha sido tratado históricamente desde el exclusivo punto de vista de la ginecología. Vid. GÓMEZ TORRES, A.: *Tratado teórico y clínico de enfermedades de mujeres*. Imp. de D. Indalecio Ventura. Granada, 1881. Vid. asimismo FUENTES VÁSQUEZ, L.Y.: «Representaciones de los cuerpos femenino y masculino, salud y enfermedad», una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior 1920 - 1990, en *Revista En Otras Palabras. Cuerpos, mujeres y prácticas de sí, No 9 Grupo Mujer y Sociedad, Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia y Corporación Casa de la Mujer, Bogotá, D.C., Colombia, agosto - diciembre de 2001*, pp. 62-85; y «Representaciones de los cuerpos femenino y masculino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior, 1920 -1990», en *Revista Ventana, Universidad de Guadalajara, diciembre de 2002, Guadalajara, México*; también en <http://seminariocomunicacionygenero.blogspot.com/2007/07/representaciones-de-los-cuerpos.html>.

⁴² En dicho informe, elaborado por VÉRONIQUE DAUBAS-LETOURNEUX y ANNIE THÉBAUD-MONY, se describen como «esas enfermedades profesionales, que van en aumento, abarcan patologías muy variadas. Sus efectos son múltiples y se presentan en forma de trastornos musculares, esqueléticos pero también vasculares y nerviosos.»

⁴³ En cifras de muertes violentas en el lugar de trabajo (por homicidio), según indica WARSHAW citando a JENKINS, en EEUU constituyó la principal causa de muertes relacionadas con el trabajo a principios de la década de los noventa del s. XX, con una tasa del 0,4 por cada cien mil trabajadores (la masculina fue de 1,2). (WARSHAW, L. J.: «La violencia en el lugar de trabajo», cap. 51 de la *Enciclopedia de Seguridad y Salud en el trabajo*, de la OIT, op.cit., p. 2. Vid. la estadística en CAL/OSHA: *Guidelines for the Security and Safety of Health Care and Community Service Workers*. Los Angeles: California Department of Industrial Relations, 1993).

⁴⁴ Se encuentra publicada en 2007, si bien los datos provienen del año 2005.

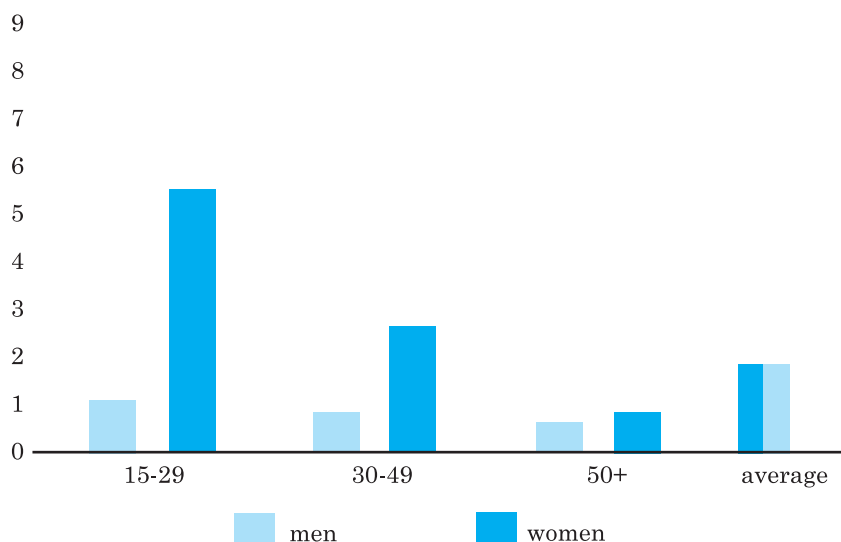
FIGURA 1. BULLYING AND HARASSMENT, BY SEX AND AGE, EU27 (%)



Respecto al *acoso sexual*, se concentra entre mujeres, pero en un porcentaje total para la EU de los 27 de un 2% (salvo mujeres de menos de treinta años, en las que sube al

6%), y significativamente España se encuentra entre los más bajos, con un 1% (lo cual puede asociarse a la falta de denuncia de tales situaciones por sus víctimas):

FIGURA 2. SEXUAL HARASSMENT, BY SEX AND AGE, EU27 (%)



Dolencias respiratorias por inhalación de sustancias químicas, en trabajos de la industria química y de limpieza⁴⁵ (y desinfecta-

ción/desinsectación/fumigación⁴⁶, etc.). Últimamente se está detectando un notable

⁴⁵ Vid. un ejemplo en la STSJ de Madrid, de 13 de abril de 1999 (AS 1999/2532), en la que se declara la incapacidad permanente total para trabajos de limpieza

como consecuencia de asma por sensibilización a enzimas de detergentes y látex.

⁴⁶ Vid. PAÑELLA-MOLINERO-MALDONADO-FERRER: «Utilidad del método epidemiológico en la determinación

incremento de casos de «intoxicación masiva» por organosforados (presentes en pesticidas⁴⁷) en los servicios de evaluación de incapacidades (EVIs).

Los riesgos que pueden tener efectos diferidos, como la exposición a humos o vapores tóxicos (el 29 % de los hombres y el 14 % de las mujeres la padecen durante por lo menos un cuarto del tiempo de trabajo), la manipulación de sustancias o productos peligrosos (el 20 % de los hombres y el 11% de las mujeres lo hacen durante por lo menos un cuarto del tiempo de trabajo) o las radiaciones (el 7% de los hombres y el 4% de las mujeres se ven expuestos a las mismas durante por lo menos un cuarto del tiempo de trabajo), exponen a más hombres que mujeres (y en consecuencia conducen a un más elevado índice de enfermedades profesionales declaradas, con presencia femenina muy escasa).

El citado último de los informes sobre salud laboral en los países de la Unión Europea elaborado por la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo en el año 2003 muestra los siguientes factores de riesgo, en el orden expuesto (comunes a ambos sexos):

- a) dolores de espalda;
- b) estrés
- c) cansancio generalizado
- d) dolores musculares en hombros y cuello
- e) dolores musculares en miembros superiores
- f) dolores de cabeza
- g) dolores musculares en miembros inferiores
- h) irritabilidad
- i) problemas de oído
- j) lesiones
- k) problemas de insomnio
- l) problemas de vista
- m) problemas de piel
- n) ansiedad
- o) dificultades respiratorias
- p) dolores de estómago
- q) traumatismo
- r) alergias
- s) problemas cardíacos

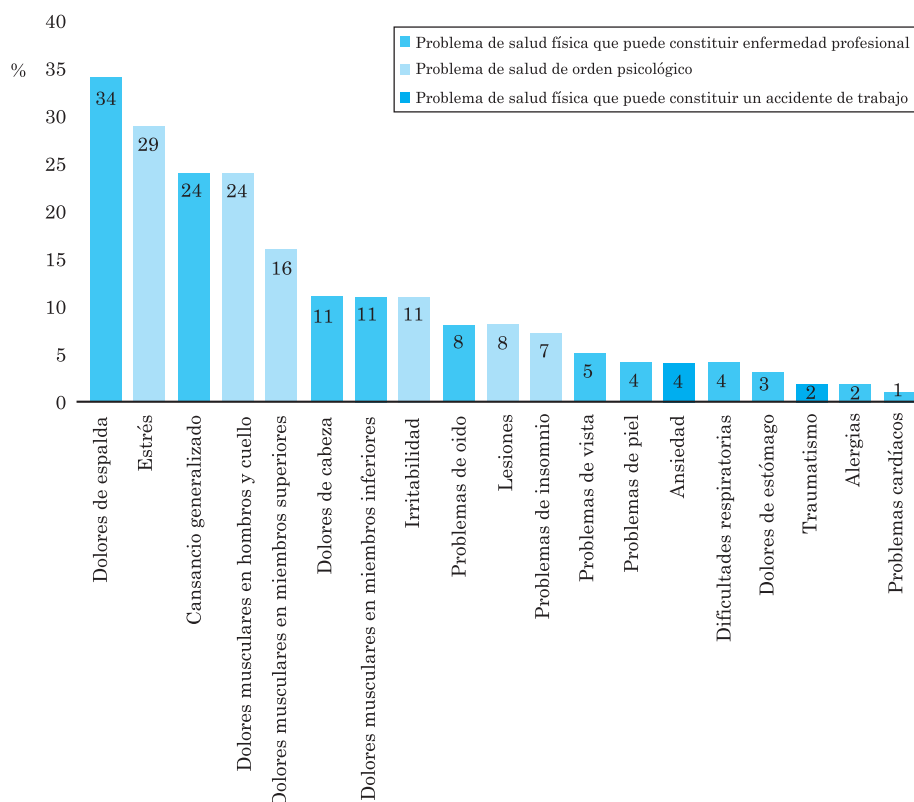
El mismo informe distingue los riesgos laborales según sexos, e indica las siguientes cifras, encabezadas por *dolores musculoesqueléticos* en espalda en primer lugar y estrés en segundo lugar (coincidentes con los riesgos masculinos en casi todos los casos, no sólo en los más prevalentes, y principalmente en cuanto a dolores de espalda, estrés, cansancio generalizado y trastornos musculoesqueléticos en cuello y hombros⁴⁸):

de medidas de prevención: Una intoxicación por biocidas». En <http://www.fundacion-universal.com/modules/mydownloads/docs/05-premis/13-premi-1.pdf>.

⁴⁷ Vid. NTP 512: *Plaguicidas organofosforados (I): aspectos generales y toxicocinética*, en http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_512.htm. En dicha nota se indica como profesionales con riesgo potencial al personal de empresas dedicadas a la aplicación de plaguicidas de tipo agrícola, de tipo ambiental (en interior de locales), trabajadores de empresas agrícolas que manipulan o aplican tales productos; en la industria alimentaria; trabajadores de unidades de salud pública, centros veterinarios; pilotos y personal auxiliar que interviene en las aplicaciones agrícolas aérea, trabajadores de aplicaciones forestales y de tratamientos estructurales de edificios; trabajadores de la desinfección de barcos o grandes almacenes, y los que se dedican a la fabricación, formulación y/o envasado de organofosforados, es decir, su producción industrial.

⁴⁸ Literalmente concluye el informe que «los hombres están más expuestos a estos problemas de salud física relacionados con el trabajo, principalmente a los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales específicas (el 10 % de los hombres han sufrido una lesión en el trabajo, frente al 4 % de las mujeres; el 10 % está expuesto a problemas de audición frente al 3 % de mujeres). Esto se reproduce en el siguiente indicador global: el 31 % de los hombres contesta «sí» a la pregunta «¿Su salud o seguridad se ven amenazadas por culpa de su trabajo?» frente al 23 % de las mujeres.»

GRÁFICO 1. «PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO (P35) TAL Y COMO LOS PERCIBEN LAS MUJERES QUE OCUPAN UN EMPLEO EN LA UE EN 2000



El informe de la Fundación Europea citado demuestra que las mujeres sufren *menos lesiones en el trabajo*, salvo en un grupo profesional, el de los técnicos y profesionales de nivel medio, sin duda por la incidencia de riesgos de los denominados «psicosociales», derivados en su mayor parte de altos niveles de estrés, si bien el número de accidentes de trabajo⁴⁹ es mayor entre hombres que entre mujeres (9% frente a 6%), y además la gravedad de los mismos también es superior para el sexo masculino:

También se distingue *según la antigüedad en el trabajo* o tiempo de exposición a los riesgos, donde se señala que el riesgo de desgaste físico y psicológico en el trabajo de las mujeres aumenta considerablemente cuando la antigüedad en el trabajo es mayor (se toma como referencia de exposición la de 29 años), concretamente en las dolencias ya citadas, es decir, dolores musculares en cuello y hombros, dolores de espalda y estrés.

En el mismo tramo de referencia (hasta 29 años de exposición), se detectan como *prevalentes los trastornos de la visión y las patologías broncopulmonares*, ambas de origen laboral o enfermedades profesionales, para disminuir las cifras a partir de treinta años de trabajo, lo que indica el abandono del mismo, probablemente como consecuencia de la declaración de

⁴⁹ Según la definición que de los mismos realiza el propio informe, tomando el de la propuesta de Eurostat (1992) en el marco del programa EEAT (Estadísticas Europeas sobre Accidentes de Trabajo): «Un suceso concreto durante el trabajo que produce una lesión física o mental».

GRÁFICO 2. PROPORCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES QUE HAN SUFRIDO UNA LESIÓN EN EL TRABAJO, SEGÚN EL GRUPO PROFESIONAL

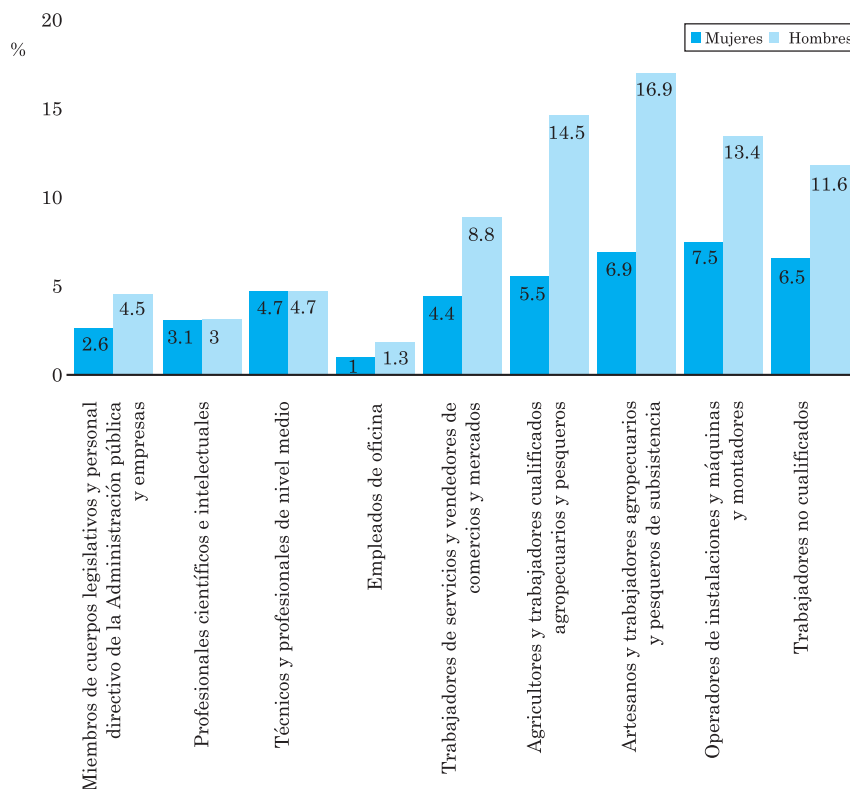


GRÁFICO 3. PROPORCIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR PROBLEMAS DE SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN LA ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO OCUPADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA

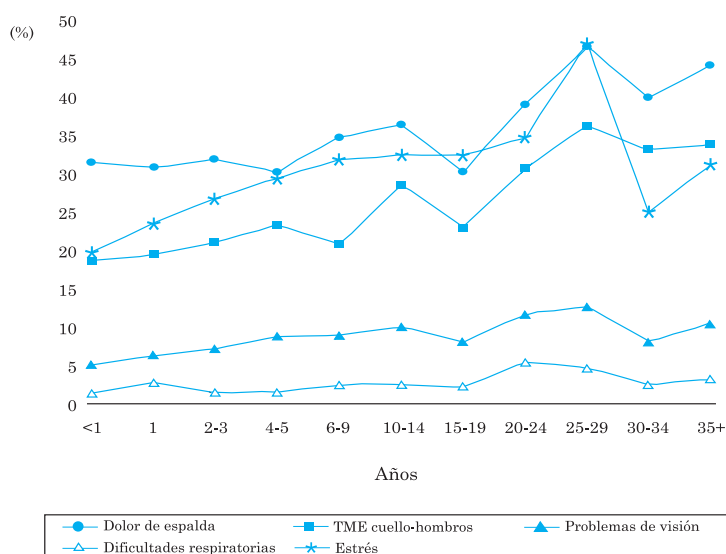
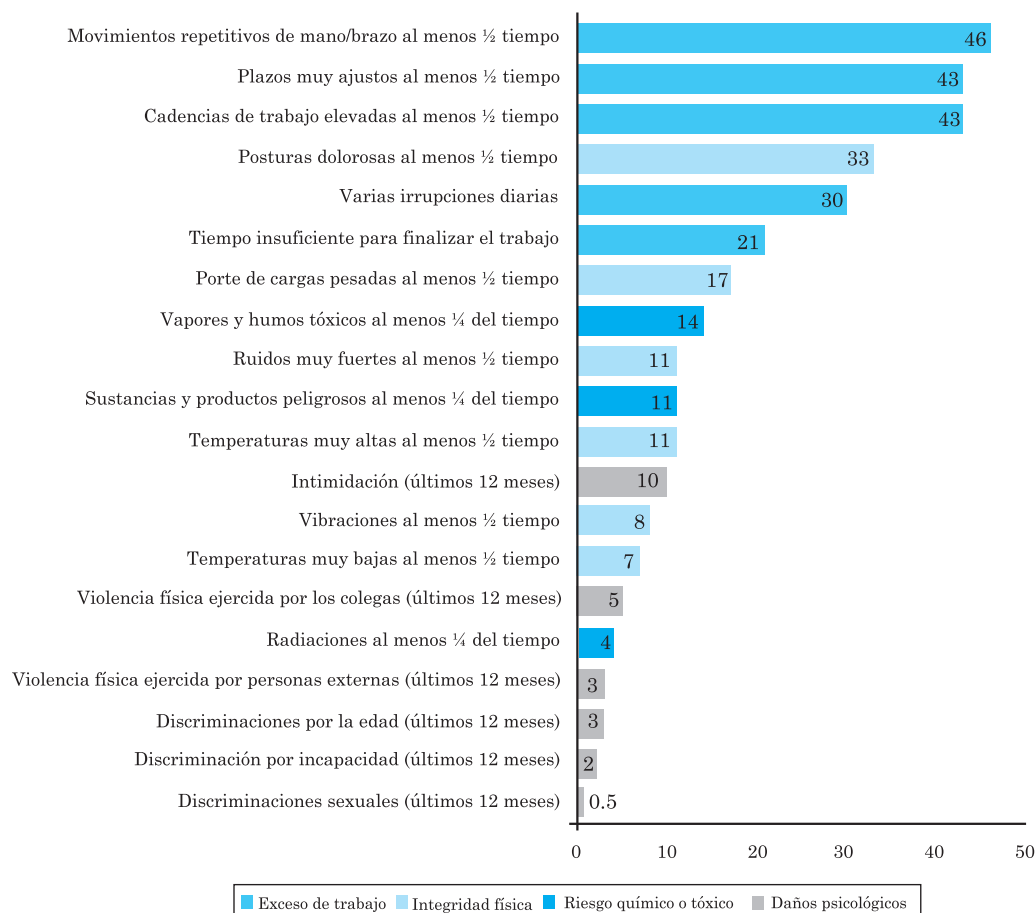


GRÁFICO 4. PROPORCIÓN DE MUJERES EXPUESTAS A CONDICIONES DE TRABAJO QUE PRESENTAN RIESGOS PARA LA SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA



N.B.: Excepto las personas que trabajan menos de diez horas por semana.

Fuente: Tercera encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, 2000.

una situación de incapacidad permanente para el trabajo protegida con una prestación económica de la Seguridad Social.

El examen de la evolución de los problemas de salud en las mujeres trabajadoras en la UE en un periodo de diez años⁵⁰ demuestra

el aumento de los problemas en las enfermedades prevalentes y de la percepción de que el trabajo incide en la salud por parte de las propias trabajadoras.

2.3. Obligaciones preventivas de orden biológico: la maternidad (apunte)

La salud laboral de la mujer se viene abordando de forma prácticamente exclusiva orientada a la maternidad y por tanto desde la perspectiva biológica. Por las razones ya

⁵⁰ Los datos provienen del análisis comparado de las tres encuestas europeas sobre condiciones de trabajo realizadas por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo en 1990, 1995 y 2000.

expuestas, no corresponde en este trabajo realizar un examen exhaustivo de esta cuestión, por haber recibido ya un tratamiento específico reiterado en la doctrina y en el Derecho comunitario y español. Por ello, el presenta apartado sólo pretende testimoniar, para no olvidar una cuestión indiscutiblemente importante, un apunte acerca del tema.

La primera obligación exigible al empresario, en el contexto de las que nacen de la normativa sobre prevención de riesgos laborales (singularmente el art. 26 LPRL), es una evaluación de riesgos específica, que incluya los riesgos específicos sufridos por la trabajadora habitualmente y en cuanto inciden sobre el embarazo, así como aquellos otros riesgos que sólo sean tales en relación con el inicio e tal estado biológico (pero inocuos en condiciones normales).

El primer problema que se presenta ante esta obligación se da en relación con trabajos en los que existe «sobrerepresentación» femenina, aquellos en los que el personal es preferentemente femenino, y no existe exigibilidad directa de tal obligación, por tratarse de lugares de trabajo que escapan a las mismas y al control de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social: el trabajo a domicilio y el trabajo de las empleadas de hogar (téngase presente, además, la infraprotección social de este colectivo, con prestaciones por incapacidad temporal notablemente inferiores a las de otros, sólo desde el 29º día de la baja... que sólo en parte ha sido paliado por la prestación por riesgo durante el embarazo).

En cuanto a las medidas preventivas a adoptar, como es sabido, entre las mismas, que permiten a la trabajadora seguir prestando servicios en su puesto de trabajo durante la situación de embarazo y lactancia, y que ya se preveían en el art. 21.1 c) de la Ley 14/1986, General de Sanidad⁵¹, se encuentra

⁵¹ «...se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres du-

la «adaptación del tiempo de trabajo»⁵² para evitar la exposición al riesgo⁵³ detectado en la evaluación que prescribe, que puedan influir en «el embarazo y la lactancia de las trabajadoras»⁵⁴.

Ello supone, pues, introducir una serie de modificaciones en las condiciones de trabajo, aplicables tanto durante el periodo de embarazo como el de lactancia (si bien en este caso sólo procederá si el potencial riesgo para la madre o el hijo lactante fuera *certificado por el médico* de la Seguridad Social que asista facultativamente a la trabajadora), que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- *Modificación del tiempo de trabajo*, o alteración de la jornada de trabajo: modificación del sistema de trabajo a turnos, no realización de trabajo nocturno, ni de horas extraordinarias, o reduc-

rante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuese necesario a un trabajo compatible durante los periodos referidos.»

⁵² Medida idéntica a la prevista por el art. 5.1 de la Directiva 92/85, así como la anterior 80/836/EURATOM, de 15 de julio de 1980, en cuanto a la exposición a radiaciones ionizantes (arts. 7.2 y 8.2 y 3) y 82/605/CEE, de 28 de julio de 1982, sobre protección en materia de riesgos derivados del plomo metálico y sus compuestos (art. 11.1). También en tal sentido apuntaba la Recomendación de la OIT núm. 95 de 1952, sobre protección de la maternidad, cuyo epígrafe V (en torno a la protección de la salud de la trabajadora embarazada), párrafo 5º instaba a la distribución de las horas de trabajo para facilitar el descanso «adecuado» de la trabajadora en periodo de embarazo.

⁵³ Los Anexos de la Directiva 92/85/CEE recogen una enumeración de los riesgos (agentes, procedimientos y condiciones de trabajo) que pueden afectar a la trabajadora gestante o lactante. Dichos elementos han de considerarse instrumento orientador de la evaluación de riesgos que se lleve a cabo por la empresa. Idéntica finalidad tiene el Convenio de la OIT núm. 136, de 23 de junio de 1973 (art. 11.1).

⁵⁴ Se trata de un deber de protección específico, que se adiciona al deber genérico -respecto del colectivo de trabajadores de la empresa- impuesto al empresario por el art. 4.2 d) ET y la Ley 31/1995.

ción de jornada por lactancia⁵⁵, no dirigida a facilitar dicha función —como la prevista en el art. 37.4 ET—, sino a la protección de la salud de la madre y del hijo lactantes.

- *Modificación de las condiciones de trabajo*: cuando no sea suficiente o posible la adaptación del tiempo o las condiciones de trabajo, será necesario modificarlas, acudiendo al mecanismo de la movilidad funcional.
- Debe tenerse en cuenta, además, la existencia de una serie de *prohibiciones específicas*, contenidas en la normativa reglamentaria, sobre prohibición temporal (durante el periodo de embarazo y lactancia) de exposición a ciertas sustancias o agentes, tales como el benceno o el plomo.

La adaptación del trabajo al estado de gravedad está condicionada al *previo conocimiento por parte del empresario de la existencia de tal situación*. Por tanto, la puesta en marcha de los mecanismos de protección especiales en favor de la trabajadora se somete a una exigencia previa, que constituye una obligación, de índole preventiva, de la trabajadora hacia el empresario, y que le obliga en favor de la protección tanto de su propia salud como la del feto.

Se trata de una —polémica— obligación correlativa a los deberes empresariales⁵⁶ en materia de seguridad e higiene, y que se desprendería de su deber de buena fe contractual y, en todo caso, de sus obligaciones de informar y cooperar con el empresario, según se dispone en el art. 29.2.4º de la *Ley de Preven-*

*ción de Riesgos Laborales*⁵⁷, aunque no se establezca expresamente respecto de la situación de embarazo en el art. 26 de la misma⁵⁸. La Directiva, por el contrario, sí alude claramente a dicha obligación, por cuanto prevé en su art. 4 que para ser objeto de protección, la trabajadora debe comunicar previamente su estado al empresario⁵⁹. La obligación se desprendería también de la protección debida al feto, acreedor de cualquier medida tendente a

⁵⁷ «Los trabajadores, con arreglo a su formación y siguiendo las instrucciones del empresario, deberán en particular informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.»

⁵⁸ En este sentido, señalan Pardell, Moreno y Romero («La protección de la maternidad: de la Directiva 92/85 a la Ley 31/95 de prevención de riesgos laborales». Comunicación presentada al VII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, celebrado en Valladolid los días 24 y 25 de mayo de 1996. Primera Ponencia: «La prevención de riesgos laborales: funciones, contenido y efectos». Pág. 17 (mecanografiado) la necesidad de que así se impusiera de modo expreso en la ley. Entienden ALMENDROS GONZÁLEZ («El cambio de puesto de trabajo como medida de protección de la maternidad», Comunicación presentada al VII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, pág. 3) y CALVO GALLEGO y DEL JUNCO CACHERO («El derecho a la salud de la trabajadora: de la protección de la mujer a la tutela de la maternidad», Comunicación presentada a las XII Jornadas Universitarias Andaluzas del Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales, VV.AA.: *La reforma del mercado de trabajo y de la seguridad y salud laboral*, Universidad de Granada, 1996) que con ello no se vulneraría el derecho a la intimidad de la trabajadora ni supondría injerencia empresarial en su vida privada.

⁵⁹ En el mismo sentido, R.I. SANTOS FERNÁNDEZ («La protección de la trabajadora embarazada en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales», Comunicación al VII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, p. 16), que califica la omisión informativa de «incumplimiento laboral a los efectos del 58.1 ET, o de falta conforme a lo establecido en la correspondiente normativa sobre régimen disciplinario de los funcionarios públicos o del personal estatutario al servicio de las Administraciones públicas».

⁵⁵ La lactancia puede ser futura —así se prevé en el número 1 del art. 26—, en cuyo caso el estado de la trabajadora es el de embarazo, como actual —la prevista en el número 3 del mismo artículo—.

⁵⁶ Así como al propio deber informativo que le impone el art. 18 LPRL.

evitarle riesgos innecesarios y, por consiguiente, de la obligación de diligencia respecto de terceros facultados para llevarla a término, y no hay duda de que su madre –o su padre, cuando preste servicios en la misma empresa⁶⁰– son los más capacitados para ello.

Sólo de esta forma puede exigírsele a éste responsabilidad por incumplimiento de las obligaciones que le impone la Ley 31/1995, en materia de seguridad e higiene, ya que, de lo contrario, le resulta imposible, sobre todo en el primer estadio del proceso de gestación, adoptar las medidas pertinentes, por simple desconocimiento de su necesidad⁶¹.

Desde las obligaciones preventivas empresariales también se plantea una hipotética quiebra del principio de igualdad y no discriminación cuando entren en juego mecanismos preventivos como los reconocimientos médicos que no sean mera mejora voluntaria para el trabajador, sino auténticos instrumentos preventivos. En este caso, estaríamos ante puestos de trabajo con algún riesgo específico que exige el control de la salud para evitar riesgos para el propio trabajador o sus compañeros.

En este terreno entraría un supuesto especial, como es el uso de este tipo de reconocimientos cuando no son realmente imprescindibles a tales fines, y sin embargo se utilizan en la práctica de tal modo. Esto es lo que sucede en el caso resuelto por la STC 161/2004, de

4 de octubre, sobre una trabajadora embarazada que ocupaba el puesto de segundo piloto y fue calificada como «no apta circunstancial» por razón de embarazo al efectuársele un reconocimiento en el Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial. En ella el TC entiende que, puesto que la falta de aptitud para el vuelo era consecuencia del embarazo, y consciente la empresa de su obligación de efectuar una evaluación de riesgos que podría conducir al desarrollo de tareas en tierra, dado que el título de la trabajadora lo permitía, la decisión de aquélla de suspender el contrato de trabajo carecía de una justificación razonable. Por lo que la suspensión del contrato en tales circunstancias es una medida excepcional que únicamente puede emplearse en caso de imposibilidad de aplicar otra y por lo tanto, de procederse así, «estando en juego la parificación que reclama el art. 14 CE, la protección de la mujer, en este caso embarazada, se extiende a todo el desarrollo y vicisitudes de la relación laboral, condicionando las facultades de organización y disciplinarias del empresario, de suerte que la veracidad de los fundamentos de la decisión de la entidad empleadora es una exigencia constitucional». Por consiguiente,

«La decisión empresarial de suspender el contrato de trabajo, carente, así, de justificación razonable, resultó ser discriminatoria por razón del sexo para la recurrente, con vulneración del art. 14 CE.»

⁶⁰ Ha de entenderse que, en tal caso, cualquiera de los dos progenitores puede efectuar la comunicación al empresario, por tener ambos las mismas posibilidades para hacerlo. En definitiva, lo que interesa a la protección de la salud, en este caso del feto, es que su existencia llegue a conocimiento del empresario, con independencia del cauce que haya seguido la información. Ello sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 22.4 de la Ley 31/1995, en materia de transmisión de información médica personal.

⁶¹ La Directiva expresa con ello especial preocupación por descargar de responsabilidad al empresario cuando el desconocimiento provenga de la omisión informativa de la propia trabajadora.

3. LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DE LA MUJER TRABAJADORA: ACOSO SEXUAL Y POR RAZÓN DE SEXO EN EL TRABAJO

3.1. Concepto

Las llamadas «nuevas enfermedades profesionales» emergentes en los últimos tiempos y objeto de una atención cada vez más sobresaliente están dominadas por un factor común: el elemento psicológico.

Estas patologías, originadas por riesgos psicosociales, nacen de la influencia de factores psicológicos sobre el trabajo (estresores que se relacionan con las diversas condiciones de trabajo u organización del mismo, así como de las relaciones interpersonales que éste propicia, y, por otra parte, con factores externos pero no por ello carentes de influencia sobre el individuo, como es el caso de la precariedad laboral, la competitividad o las dobles cargas femeninas), que en buena parte se sostienen sobre la propia subjetividad del individuo, pero que vienen conformadas también por subjetividades ajenas. Tales *factores psicológicos que intervienen en la realización del trabajo* provienen fundamentalmente de la organización del mismo y su virtualidad es la de afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos llamados estrés (Moncada i Lluís).

Su incidencia no es únicamente psicológica o sobre la salud mental. Por el contrario, se citan entre los prevalentes la cardiopatía isquémica, el ictus, el cáncer, las enfermedades musculoesqueléticas y gastrointestinales, la ansiedad y los trastornos depresivos, los accidentes y el suicidio (como resultado de un trastorno depresivo o ansioso o mixto), amén de otras manifestaciones del estrés como la agresividad, irritabilidad, fatiga o alteraciones de la concentración, o síntomas psicosomáticos como alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, o falta de memoria⁶².

En definitiva, en su conjunto provienen de la confluencia de distintas subjetividades que interaccionan en el ámbito del trabajo. En función de su origen pueden ser clasificadas o calificadas de forma autónoma.

Pero en todos los casos puede hallarse un sustrato común: el *estrés laboral*, definido en

la *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?*⁶³ de la siguiente manera: «el estrés relacionado con el trabajo puede definirse como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de ansiedad y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación».

En tanto se relacionan con el estrés, como cualquier otro riesgo, la exposición a niveles por encima de lo «saludable» pasa a afectar a la salud y, por lo tanto, requieren de una intervención preventiva. Esta necesidad, que aborde no sólo el aspecto reparador desde la Seguridad Social o desde la indemnización del daño (previa calificación como riesgo profesional o accidente de trabajo, ex art. 115 LGSS), sino especialmente el preventivo, está ocupando recientemente la política social comunitaria (cfr. *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?*), la concertación entre los agentes sociales europeos (cfr. Acuerdo europeo sobre el acoso en el trabajo de abril de 2007), y también una actividad ya de cierta intensidad entre las autoridades públicas españolas (cfr. *Guía sobre factores ergonómicos psicosociales* de la Inspección de Trabajo, y *Protocolo de Actuación Inspectora en Factores Psicosociales*), y una primera recepción entre los agentes sociales, aunque no todavía de forma significativa en la negociación colectiva.

Sus caracteres e incidencia divergen según modo y grado de afectación y, en cuanto respecta a su origen (pues su incidencia es evaluable desde el punto de vista de la protección social, en el marco del Sistema de prestacio-

⁶² Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2001, http://www.mtas.es/insht/statistics/4enct_danos.htm.

⁶³ Luxemburgo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1999. Puede encontrarse también un resumen elaborado en 2002, en http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_es.html.

nes de la Seguridad Social, y del concepto de «accidente de trabajo» del art. 115 LGSS, pero también desde la perspectiva de la indemnización del daño y las responsabilidades empresariales por el mismo), tiene una clara repercusión en el régimen de obligaciones preventivas que incumben al empresario dentro de las que le impone la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, *de prevención de riesgos laborales*, de prevenir el riesgo y de minimizar aquellos riesgos que no sean evitables.

Se destacan como factores desencadenantes o riesgos psicosociales los siguientes: a) *exigencias psicológicas del trabajo*: tecnoestrés y estrés debido a factores como el volumen de trabajo y relación cantidad/tiempo disponible o la insuficiencia de tiempo para acabar el trabajo, ritmo elevado de trabajo; falta de control y disposición sobre el trabajo y sobre el contenido de las tareas; b) *factores sociales*: relación con los compañeros, superiores y terceros: acoso psicológico y acoso sexual o intimidación y violencia (psicológica), y discriminación en el trabajo; c) *expectativas* frente al trabajo y respuestas de éste: estrés, ansiedad. En este caso habría de incluirse el desequilibrio entre las expectativas depositadas y las compensaciones alcanzadas en el trabajo (en términos de reconocimiento profesional, nivel de cualificación profesional, promoción, etc.); no puede olvidarse en este apartado la forma de enfrentarse el trabajador con el trabajo; d) *precariedad laboral* (tanto por la falta de estabilidad o contratación temporal por periodos breves y no consolidables o inciertos, como por las condiciones de trabajo contratadas y no disponibles por el trabajador, la modificación de dichas condiciones, el temor a la pérdida del empleo en todo caso y en particular en caso de formular reclamaciones de derechos...); y e) *la doble carga de las mujeres trabajadoras* (trabajo-vida familiar).

Desde la perspectiva de género, ha de ponerse de relieve que existen factores de prevalencia específicamente femeninos así como factores psicosociales asimismo típica-

mente femeninos: las distintas formas de violencia psicológica en el trabajo, y, en general, los modelos no democráticos de organización del trabajo.

3.2. El acoso en el trabajo

Con anterioridad a que por parte de la ley se acuñara una definición de acoso, en particular para el *acoso discriminatorio*, los tribunales venían realizando una labor de síntesis doctrinal y de definición de los perfiles de la figura, a menudo «contaminados» por conceptos puramente psicológicos, con el riesgo de introducir elementos irrelevantes para la valoración de la antijuridicidad y consecuencias de las conductas constitutivas de acoso, así los relativos al perfil del acosador, los efectos concretos sobre la salud —especialmente mental— de la víctima...

En realidad, en cuanto respecta al tratamiento jurídico laboral de esta cuestión, lo únicamente relevante, salvo que también se cuestione la reparación del daño efectivo a la salud del trabajador afectado, es el propio contenido de las conductas enjuiciadas, a efectos de reconstruir un iter concreto calificable de acoso.

En consecuencia, ha de analizarse el conjunto de actuaciones que puedan conformar un ambiente hostil y degradante que, por reiteración en el tiempo y en virtud de la gravedad de las conductas individualmente consideradas o bien observadas en su globalidad (como sucesión de hechos que de forma autónoma carecen de una especial gravedad pero que sumadas conforman una secuencia especialmente atentatoria contra la autoestima, la dignidad y el crédito personal y profesional de la víctima, que acaba por ser *anulada* dentro de la empresa), sean constitutivas de una situación de acoso, con vulneración del derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE), a la intimidad (art. 18 CE), y, en su caso, a la no discriminación (art. 14 CE), amén de derechos de carácter ordina-

rio (art. 4.2 d) y 17 ET, así como los principios rectores de los arts. 40.2 y 43 CE.

Se requiere para ello que el ataque a tales derechos fundamentales sea grave y reiterado en el tiempo, lo que permite separar esta figura de las simples irregularidades en el ejercicio de las facultades organizativas del empresario o quienes las ejerzan delegadamente o la degradación de las relaciones personales y/o profesionales entre compañeros dentro de la empresa.

Pero para que dichas situaciones tengan trascendencia en el ámbito de la Seguridad Social se requiere que provoquen un daño efectivo en la salud de la víctima, evaluable desde el punto de vista del sistema de incapacidades, ya sea de carácter temporal o permanente, al que se puede ligar asimismo la responsabilidad empresarial consistente en el recargo de prestaciones por omisión de medidas de seguridad *ex art. 123 LGSS*, si es que el empresario no actuó en la prevención del daño, especialmente desde el momento en el que la situación fue detectada. *La exigencia de responsabilidad en la prevención de la situación de riesgo, si bien aún más cuestionable, podría plantearse también.*

3.2.1. ¿Existe alguna diferencia según el sexo de la víctima?

Como punto de partida puede afirmarse que el acoso laboral no viene determinado por el sexo de la víctima ni del acosador, pero sí se ha advertido en la práctica una mayor tendencia a que la víctima sea femenina, que obedece a una reacción violenta frente a lo que se estima como potencial peligro para la continuidad del estatus en el puesto de trabajo, relevancia social en la empresa o puesto público en la Administración, o, en fin, una amenaza para su posición de dominio, ya que tradicionalmente venía reservado al hombre sin necesidad de desplegar esfuerzo alguno. Al entrar en ese juego una fuerza adicional, la femenina, la estabilidad de dicho predominio

se ve amenazada y se produce la reacción de hostilidad, que puede desembocar en el ejercicio de violencia psicológica reiterada contra la trabajadora que representa dicha amenaza. Considerando que esta situación se repite en la generalidad de los ámbitos laborales o profesionales, el problema se multiplica exponencialmente, y necesariamente se traduce en ese fuerte componente sexista del acoso en el trabajo, que en definitiva se convierte en un acoso cualificado por el componente sexual o sexista, al basarse en una razón de poder o de dominio –masculino– en todo caso⁶⁴. La presencia femenina en el entorno de trabajo es percibida con desagrado y hostilidad, y dicha incómoda presencia hace a la mujer constantemente blanco de comentarios burlescos, mofas o incluso ataques directos contra su persona o su profesionalidad⁶⁵. Y esta realidad es la que ha pretendido recoger la LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, incluso desde la perspectiva preventiva, pues indudablemente tiene un impacto grave sobre la salud de la mujer trabajadora. Indudablemente este particular riesgo psicosocial –especialmente extendido en el mundo laboral actual– exige un análisis desde la pers-

⁶⁴ Téngase presente la alarmante cifra de casos de acoso registrada en los países de la Unión Europea, en la que las encuestas señalan un índice de un 3% de mujeres víctimas de acoso sexual en el conjunto de países de la Unión (esta cifra es la resultante de la Segunda Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, llevada a cabo en 1996 por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, sobre la que dan cuenta PÉREZ BILBAO y SANCHO FIGUEROA en la nota técnica de prevención número 507 del INSHT, bajo el título Acoso sexual en el trabajo, en <http://www.mtas.es/insht/psier/entornopsi/relaciones.htm>).

⁶⁵ Lo cierto es que los expertos europeos en prevención de accidentes y enfermedades laborales advierten una diferencia de género en las enfermedades profesionales y en particular en los riesgos psicosociales, que puede consultarse en el informe elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, «Gender issues in safety and health - a review», en la página web <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/209/en/ReportgenderEN.pdf>.

pectiva de género, sin la que no puede abordarse tampoco la prevención del mismo.

En el mismo sentido ha señalado Lousada Arochena⁶⁶ que el acoso moral por razón de sexo no tiene entidad propia, sino que en realidad el sexo de la víctima es el motivo del acoso, en su proyección al género y por tanto no a unos rasgos propios del sexo, sino de los *estereotipos sociales que se le asocian*, si bien ha de matizarse que asimismo los rasgos físicos propios del sexo femenino sí son objetivo de muchos de los ataques verbales observados en nuestra realidad cotidiana, por lo que en verdad el sexo opera en una doble vertiente como motor del acoso, en unas ocasiones disociado⁶⁷ y en otras incluso entremezclado (al aparecer indiferenciados en un mismo caso ataques contra uno y otro⁶⁸).

El legislador europeo⁶⁹ ya había recogido dicha hipótesis, la especialidad del acoso en

función del sexo de la víctima, en la Directiva 2002/73/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002⁷⁰ (por la que se modifica la Directiva 76/207/CEE, del Consejo, *relativa a la aplicación del principio de igualdad entre hombre y mujeres en el acceso al empleo, la formación y la promoción profesiones y las condiciones de trabajo*)⁷¹, hoy derogada por la Directiva 2006/54/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, *relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación* (refundición de las anteriores⁷²)⁷³.

⁷⁰ Pueden encontrarse comentarios a la misma, entre otros, en: CAVAS MARTÍNEZ, F.: «Avanzando por la senda de la igualdad entre géneros (Noticia breve de la Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207/CEE)», *Aranzadi Social*, núm. 13, 2002; LOUSADA AROCHENA, J.F.: «Las exigencias de transposición de la Directiva 2002/73/CE, de 23 de septiembre de 2002)», *Aranzadi Social*, núm. 5, 2003; y PÉREZ DEL RÍO, T.: «La protección frente a la discriminación en el Derecho Comunitario: las Directivas 2000/43/CE, 2000/78/CE y 2002/73/CE, de modificación de la 76/207», *Revista de Derecho Social*, núm. 19.

⁷¹ No obstante dispone que «los Estados miembros, de conformidad con la legislación, los convenios colectivos o las prácticas nacionales alentarán a los empresarios y a los responsables del acceso a la formación a adoptar medidas para prevenir todas las formas de discriminación por razón de sexo, y, en particular, el acoso y el acoso sexual en el lugar de trabajo».

⁷² La Directiva 76/207/CEE del Consejo, de 9 de febrero de 1976, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombre y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesional, y a las condiciones de trabajo; la Directiva 86/378/CEE del Consejo, de 24 de julio de 1986, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en los regímenes profesionales y de seguridad social, la Directiva 75/117/CEE del Consejo, de 10 de febrero de 1975, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros que se refieren a la aplicación del principio de igualdad de retribución entre los trabajadores masculinos y femeninos; y la Directiva 97/80/CE del Consejo, de 15 de diciembre de 1997, relativa a la carga de la prueba en los casos de discriminación por razón de sexo.

⁷³ Se declara aplicable en su art. 1 a todas las condiciones, laborales y de Seguridad Social: a) el acceso al

⁶⁶ LOUSADA AROCHENA, J. F.: «El acoso moral por razón de género», *Aranzadi Social*, núm. 15, 2004, p. 65.

⁶⁷ *Vid.* un ejemplo de acoso sexista no sexual en la STSJ de Galicia (sala de lo contencioso-administrativo) de 29 de noviembre de 2000 (Ar. 2001\63680), sobre militar de sexo femenino que, a pesar de un brillante curriculum profesional, y con ocasión de su embarazo, se ve sometida a un acoso deliberado y continuado por parte de sus superiores que termina en la emisión de informe desfavorable a su continuidad en el cuerpo de adscripción y por tanto a su indirecta expulsión del Ejército español.

⁶⁸ *Vid.* el caso «Nevencia Fernández», del que se tratará a continuación, así como los que se expondrán en el apartado relativo al examen de la jurisprudencia. Así como el caso *Campogrande contra Comisión Europea*, en la Sentencia Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas Luxemburgo (Sala Tercera), de 23 de abril de 2002 (Ar. TJCE 2002\137).

⁶⁹ Aunque no constituya un texto específico en materia de acoso ambiental por razón de sexo, debe citarse asimismo como instrumento internacional la Convención de Ginebra de 1951 para personas perseguidas por razón de sexo, pues también ampara a quienes son objeto de persecución precisamente por su sexo. Puede consultarse la contestación del Gobierno a la pregunta formulada (por el grupo popular) en el Senado en el Boletín Oficial del Congreso de los Diputados, BOCC. I, 51, de 12 de julio de 2004.

En ella se define el *acoso discriminatorio por razón de sexo* como «la situación en que se produce un comportamiento no deseado relacionado con el sexo de una persona con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de la persona y de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo». Lo considera acoso discriminatorio por razón de sexo y dispone que «el rechazo de tal comportamiento por parte de una persona o su sumisión al mismo no podrá utilizarse para tomar una decisión que le afecte». Se trata de una definición similar (salvo la alusión al rechazo o sumisión de la víctima⁷⁴) a la que se realiza en el art. 2.3 de la Directiva 2000/78 en relación con otras causas de discriminación.

Así, el *acoso discriminatorio*, según se define en las Directivas comunitarias 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, *relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación*, 2000/43/CE, del Consejo, de 29 de junio de 2000, *relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico*, y 2006/54/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, *relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación*, y, en la normativa interna en la Ley 62/2003, *de Medidas de Orden Fiscal, Administrativo y Social* (también la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, *de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapaci-*

empleo, incluida la promoción, y a la formación profesional; b) las condiciones de trabajo, incluida la retribución; c) los regímenes profesionales de Seguridad Social.

⁷⁴ Según subraya LOUSADA AROCHENA («El acoso moral por razón de género», *op. cit.*, pp. 64-65), sigue subrayando en la configuración legal de estas situaciones una ideología sexista que exige un rechazo de una conducta en sí misma definida como una agresión, por lo que implícitamente incluye necesariamente, como cualquier otra agresión, el rechazo de la víctima.

dad, lo definen como «la situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado con el fin de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante y ofensivo».

Y el español ha incorporado dicha definición mediante la Ley Orgánica 3/2007 en cuanto respecta al acoso sexista, que determina el nacimiento en nuestro Derecho de una figura cualificada de *acoso discriminatorio por razón de sexo*, parcialmente coincidente en sus rasgos con el acoso sexual en el trabajo (derecho protegido por el art. 4.2 e) ET)⁷⁵. La citada ley efectúa una calificación específica del «*acoso por razón de sexo*» para separarla del acoso discriminatorio que englobaría al resto de las causas amparadas por el art. 14 CE, así como del acoso sexual (art. 7.1), y ambos son calificados como discriminación por razón de sexo y, por consiguiente, abren la puerta a la aplicación de las garantías propias de aquélla.

En el ámbito autonómico, también algunas leyes de protección contra la violencia de género integran la violencia en el trabajo como expresión típica de la primera. Así, el proyecto de *Ley catalana de protección contra la violencia machista*⁷⁶, que dedica un capítulo específico a la violencia de género en el ámbito laboral; la ley canaria, Ley 16/2003, de 8 abril, *de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género*⁷⁷,

⁷⁵ En relación con esta cuestión, debe citarse la STC 224/1999, de 13 de diciembre, que sistematiza los principales parámetros interpretativos del acoso sexual.

⁷⁶ *Projecte de llei dels drets de les dones per a l'erradicació de la violència masculista*, número de expediente 200-00022/08, iniciado el 30 de julio de 2007, con número de registro de entrada 14115, en <http://www.parlament.cat/portal/page/portal/pcat/IE06/IE0606?EX=200-00022/08>. La iniciativa presentada por el gobierno se ha admitido a trámite, por el procedimiento de urgencia, el 4 de septiembre de 2007.

⁷⁷ BOE 8 julio 2003, núm. 162/2003 [pág. 26392]. El art. 3 e) de la citada ley considera formas de violencia

la Ley 5/2005, de 20 diciembre, o la *Ley Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid*⁷⁸, o la Ley 11/2007, de 27 de julio, *gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género*⁷⁹.

3.2.2. *El acoso, forma de discriminación sexista*

Dada su consideración como formas de discriminación, tanto el acoso por razón de sexo como el acoso sexual reciben un tratamiento especial en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre (por transposición de la 2006/54/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio, *relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación*⁸⁰), que las dota de defini-

contra las mujeres las consistentes en acoso sexual, que incluye aquellas conductas consistentes en la solicitud de favores de naturaleza sexual, para sí o para una tercera persona, prevaleciendo el sujeto activo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, con el anuncio expreso o tácito a la víctima de causarle un mal relacionado con las expectativas que la víctima tenga en el ámbito de dicha relación, o bajo la promesa de una recompensa o premio en el ámbito de la misma.

⁷⁸ Su art. 2.3, apartados d), e) y g), respectivamente, se refieren a la inducción a una mujer a ejercer la prostitución, empleando violencia, intimidación o engaño, o con abuso de la situación de inferioridad, de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, al acoso sexual en el ámbito laboral, y al tráfico o el favorecimiento de la inmigración clandestina de mujeres con fines de explotación sexual. También el art. 3 de la Ley canaria, y el art. 4 del proyecto de ley catalana.

⁷⁹ Para un análisis más exhaustivo, consúltese un reciente trabajo, «La protección social frente a la violencia de género», en AA.VV. (dir. Elósegui Itxaso, M.): Políticas de género. Consejo General del Poder Judicial, Escuela Judicial, Formación continua, Madrid, 2007, pp. 161 a 317.

⁸⁰ La tendencia legislativa comunitaria (Directiva 2000/78/CE y Directiva 2006/54, de 5 de julio), recogida en la legislación española, modaliza el acoso en razón de un móvil discriminatorio, que permitiría describir el tipo a partir del móvil y no del rango jerárquico

ción legal propia⁸¹ (ya existente para la segunda pero no para la primera), *habida cuenta de la prevalencia de las situaciones de acoso entre el personal de sexo femenino*, por lo que suelen aparecer como *modos de acoso sexista*, que se separan de los rasgos comunes para acentuar en sus manifestaciones con especial frecuencia tales características correspondientes al sexo femenino o bien a los roles o estereotipos sociales que le han venido asignados tradicionalmente.

No es éste el lugar oportuno para el tratamiento extenso que la figura requiere, por lo que, al centrarse las páginas presentes en los aspectos puramente relacionados con la salud femenina, desde la perspectiva abordable por el Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, únicamente serán destacados aquellos aspectos que inciden bien sobre aspectos preventivos, bien sobre la fase reparadora, en la que el papel protagonista es desempeñado por el Sistema de la Seguridad Social.

Tras la modificación de los preceptos indicados por parte de la LO 3/2007, el acoso por razón de sexo pasa a equipararse al acoso sexual en cuanto a tipificación y protección, así como en cuanto a garantías para lograr la misma (así, se incorpora al art. 4.2 e) ET como derecho la protección contra el acoso por razón de sexo y el acoso sexual, y del mismo modo se introduce como causa de despido disciplinario en el art. 54.2 g)⁸².

ocupado por los sujetos intervinientes (en calidad de sujeto/s activo/s y de sujeto pasivo). La motivación del acoso en este caso es la discriminación por razón de sexo, basada precisamente en el sexo de la víctima, más que en su proyección al género o a los estereotipos sociales que se le asocian o roles atribuidos a la mujer. El acento se pone en el sexo. Por tanto, encajarían situaciones como las bromas sexuales, las alusiones del mismo carácter, o a los atributos físicos de la víctima, etc.

⁸¹ «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» (art. 7.2).

⁸² El acoso puede ser cometido contra trabajadoras, pero también contra la empresaria, al citarse expresa-

En definitiva, constituye una modalidad más dentro del acoso en sentido genérico ejercido contra la mujer, bien sea sin connotaciones sexuales o con ellas, cuando éstas traspasan la frontera del trasfondo del entorno creado hacia la víctima para constituirse en auténtico ataque contra la misma con un único objetivo, el sexual, por lo que *en este caso las connotaciones sexuales no son accesorias o secundarias, sino eje principal de la intimidación ejercida contra la misma*. Y ello puede inferirse directamente de la redacción del art. 7.4 de la LOI, en cuanto el mismo establece que «el condicionamiento de un derecho o de una expectativa de derecho a la aceptación de una situación constitutiva de acoso sexual o de acoso por razón de sexo se considerará también acto de discriminación por razón de sexo.» Aunque, de hecho, ya la Directiva 2000/78 predicaba la misma noción del resto de causas discriminatorias.

Como puede deducirse, la ley parte de la posibilidad de que el mecanismo del *quid pro quo* propio del acoso sexual sea extrapolado al acoso por razón de sexo, y que por consiguiente la negativa de la acosada pueda ser la causa de una decisión perjudicial ligada únicamente a su rechazo. En otras palabras, estamos ante la garantía del derecho de indemnidad, que se predica de la simple negativa a la actitud de acoso sufrida, que se equipararía a una defensa de su derecho beneficiaria precisamente de la garantía de indemnidad.

Pero ya puede contarse con una definición legal propia, contenida en el art. 7 de la LO 3/2007 (intitulado «*acoso sexual y acoso por razón de sexo*»), a tenor del cual, «a los efectos de esta Ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturale-

za 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» (apdo. 1), y «constituye acoso por razón de sexo 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» (apdo. 2).

La protección viene a ser reforzada por el inciso tercero, según el cual «se considerarán en todo caso discriminatorios el acoso sexual y el acoso por razón de sexo». Y que ello sea así *implica que automáticamente entre en juego el mecanismo de garantía contra los actos discriminatorios*, es decir, la llamada «inversión de la carga de la prueba», en el ámbito del proceso especial de tutela de derechos fundamentales, y los efectos de tal reconocimiento, que han de comportar la tutela del derecho, la nulidad del acto que lo haya quebrantado, y la indemnización del daño causado por el responsable del mismo.

3.3. Prevención del acoso por razón de sexo

Ya se introdujo al comienzo de este trabajo la cuestión relativa a la integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales. Pero lo cierto es que este riesgo viene siendo tradicionalmente femenino, aunque no pueda desconocerse que no afecta en exclusiva a la mujer trabajadora. En todo caso, se nos aparece como riesgo prevenible de carácter eminentemente femenino, pese a lo cual tampoco han existido mecanismos específicos de protección en el terreno de la salud laboral. No es menos cierto que a partir de los años noventa (del s. XX) se viene desarrollando una cierta política preventiva, comenzando por el Código de Conducta de la CEE (27/11/91), que instó a sindicatos y empresarios a la implicación en la prevención del acoso sexual mediante su divulgación,

mente en la norma reformada dicha posibilidad (art. 54. 2 g) ET: «el acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa.»)

información y formación y sistemas de protección integrados en la negociación colectiva.

Sin embargo, a día de hoy, si se observa la negociación colectiva del año 2007, son anecdóticos los casos en los que la prevención del acoso sexual encuentra mención específica en los capítulos dedicados a la prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva. A título de ejemplo, en el ámbito de Cataluña, sólo algunos convenios, de los más de seiscientos vigentes, incluyen la prevención del acoso sexual, y de ellos en su mayor parte corresponden a entidades públicas, como es el caso del convenio del personal laboral del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat y sus patronatos municipales para los años 2004-2008 (código de convenio núm. 0804962), único, junto al de Catalunya Ràdio⁸³ y de Televisió de Catalunya, S.A.⁸⁴, que crea una Comisión específica sobre acoso moral y/o sexual⁸⁵, encargada del seguimiento de los casos específicos relacionados con el acoso moral y/o sexual y de la elaboración de un protocolo de actuación. Este último es el único en todo el ámbito territorial catalán, que integra la prevención del acoso sexual y establece un código de conducta sobre las medidas para combatir el acoso sexual (que incluye un régimen de responsabilidades empresariales y un sistema de formación para los trabajadores).

Sirva dicha muestra para ilustrar el dato estadístico proveniente de la observación de 115 países, entre los que España se sitúa en un coeficiente de 2,80 sobre 7 en políticas de

empresa para combatir y prevenir el acoso sexual⁸⁶.

Desde la perspectiva preventiva, y al margen de la especial protección de la situación de maternidad (la gestación y el puerperio, así como el periodo de lactancia) dispensado por el art. 25 LPRL, la ley atiende al factor del sexo para establecer una tutela específica de la salud de la mujer trabajadora en sentido genérico. Pero recientemente, la LO 3/2007 ha dedicado una atención especial a la prevención del acoso por razón de sexo y del acoso sexual⁸⁷. En efecto, además de aludir en materia de protección de la salud, en el contexto de la atención sanitaria o del Sistema público de Salud, a la atención específica que debe darse no sólo a la salud de la mujer en general sino en particular al acoso sexual y al acoso por razón de sexo, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral (art. 27 de la LO 3/2007), la propia Ley crea medidas específicas para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón

⁸⁶ Foro Económico Mundial: *Global Gender Gap*, Report 2006, op.cit., p. 125.

⁸⁷ La perspectiva preventiva puede encontrarse, entre otros trabajos, en los de: PÉREZ BILBAO, J.: «Algunos apuntes sobre *mobbing*». Lan Osasuna, núm. 2, diciembre 2001, disponible en <http://www.mtas.es/insht/psier/entornopsi/relaciones.htm>; PÉREZ BILBAO, J., NOGAREDA CUIXART, C., MARTÍN DAZA, F., SANCHE FIGUEROA, T.: *Mobbing. Violencia física y acoso sexual*. MTAS (INSHT), Madrid, 2001, así como las notas técnicas de prevención del INSHT (en particular, la número 604, Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II), elaborada por VEGA MARTÍNEZ; la número 476, *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, llevada a cabo por MARTÍN DAZA y PÉREZ BILBAO; y 489, *Violencia en el lugar de trabajo*, elaborada por PÉREZ BILBAO y NOGAREDA CUIXART, todas ellas disponibles en <http://www.mtas.es/insht/psier/entornopsi/relaciones.htm>). También la Fundación Europea para la prevención de riesgos laborales ha apostado por esta vía preventiva, editando una guía para las pequeñas y medianas empresas (*Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas*, 1995), así como la OIT (*La prevención del estrés en el trabajo. Condiciones de trabajo*, elaborado por DI MARTINO y editada por el INSHT en 1996).

⁸³ Convenio colectivo de Catalunya Ràdio (SGR), SA, para los años 2005-2009 (código de convenio 7900892).

⁸⁴ Convenio colectivo de Televisió de Catalunya, SA, para los años 2005-2007 (código de convenio núm. 7901032).

⁸⁵ Concretamente, el art. 6.6 establece que en el seno del Comité de Seguridad y Salud se estudiará la creación de una comisión encargada del seguimiento de los casos específicos relacionados con el acoso moral y/o sexual.

de sexo en el trabajo, y así reza literalmente el art. 48.

A tal fin, establece un doble mandato, dirigido por una parte a las empresas (apdo. 1)⁸⁸, y por otra parte a los representantes de los trabajadores (apdo. 2)⁸⁹, todas ellas enmarcadas en el régimen de deberes preventivos predicables de ambos sujetos⁹⁰.

⁸⁸ Las empresas deberán atender: a) las condiciones de trabajo («deberán promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo»), b) al establecimiento *ad hoc* de procedimientos de prevención específicos («arbitrar procedimientos específicos para su prevención»), y c) a la creación de mecanismos concretos para canalizar las denuncias por parte de las trabajadoras («para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto del mismo»); d) finalmente, deberán negociar medidas con los representantes de los trabajadores: precisamente se citan expresamente algunas de las medidas de prevención del acoso actualmente en estudio, concretamente: *elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, y realización de campañas informativas o acciones de formación*.

⁸⁹ Los representantes de los trabajadores deberán jugar un papel primordial en la prevención, mediante una actitud activa de detección y canalización de las situaciones de acoso que puedan producirse en la empresa («información a la dirección de la empresa de las conductas o comportamientos de que tuvieran conocimiento y que pudieran propiciarlos»), además de en campañas de sensibilización de los trabajadores y trabajadoras frente al acoso, amén de su participación en la negociación de medidas preventivas (las enumeradas anteriormente, con carácter no exhaustivo). En efecto, se trata de una materia que debe integrarse, según ordena el art. 46, regulador del contenido de los planes de igualdad en las empresas, en dichos planes (se cita entre las materias preceptivas precisamente la prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo).

⁹⁰ Este esquema de actuación tiene su traducción propia en el ámbito de las Administraciones públicas, para las que la ley crea un mecanismo especial, el *protocolo de actuación*. Con este nombre, protocolo de actuación frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo, se anuncia el art. 62, que insta a su negociación con la representación legal de los trabajadores (en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor del reglamento que deba dictarse en aplicación de dicha norma, por lo que la medida quedará diferida a ese momento, según ordena la D.F. 6ª), y que además indica el contenido mínimo del mismo.

Respecto del empresario, la calificación del riesgo como profesional posibilita la aplicación del recargo de prestaciones por omisión de medidas de seguridad, *ex art.* 123 LGSS, en cuanto éste se vincula estrechamente a un incumplimiento, general o específico, de *obligaciones* en materia de prevención de riesgos laborales, no tanto de *normas* específicas, en cuanto ciertas normas, como el art. 14 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales tiene un contenido genérico que impone un haz de obligaciones preventivas, que pasan por la previsión de los riesgos, sin necesidad de que una norma concreta así lo establezca. Ha de recordarse asimismo que el nuevo art. 13 *bis* de la LISOS, introducido por la LO 3/2007, tipifica como falta muy grave el acoso por razón de sexo, «cuando se produzcan dentro del ámbito a que alcanzan las facultades de dirección empresarial, cualquiera que sea el sujeto activo del mismo siempre que, conocido por el empresario, éste no hubiera adoptado las medidas necesarias para impedirlo», y que el nuevo art. 46 *bis* añade sanciones accesorias en tales supuestos, consistentes en la pérdida automática de ayudas, bonificaciones y beneficios públicos en materia de empleo, y la exclusión automática del nuevo acceso a los mismos durante seis meses (que podrán ser sustituidas por un plan de igualdad cuya efectiva implantación se garantiza con la reactivación de las anteriores sanciones en caso de incumplimiento).

Desde el punto de vista de la *reparación de las secuelas sobre la salud de la trabajadora*, la situación de acoso vivida por la trabajadora puede desencadenar una serie de trastornos mentales, que pueden venir acompañados de síntomas psicosomáticos y orgánicos, y que, de cronificarse, podrían derivar en incapacidad laboral como consecuencia de estrés postraumático, depresión severa, ansiedad, etc., e incluso intentos de autolisis.

Conocido el origen del trastorno, éste puede calificarse, a efectos de la protección por el Sistema de la Seguridad Social –incapacidad temporal, incapacidad permanente–, e inclu-

so a efectos de responsabilidad empresarial —recargo de prestaciones de la Seguridad Social o indemnizaciones por el daño a las que se ha aludido—, la contingencia podrá calificarse como accidente de trabajo.

Respecto a su impacto sobre la declaración de situaciones de carácter permanente o incapacidad permanente para el trabajo, *vid. infra* el apartado dedicado a las incapacidades.

3.4. Incidencia de la violencia doméstica en la salud laboral

3.4.1. Cuando la violencia doméstica se convierte en violencia en el trabajo

La violencia doméstica puede traspasar las fronteras del ámbito doméstico para pervertir también la relación de trabajo, cuando en el agresor se da la doble condición de pareja de la víctima y empleador.

En este caso, cuando parte de esa violencia se ejerza en el ámbito laboral, y, por tanto, lo haga indistintamente en ambas esferas, profesional y personal, de la víctima, se trasladarán las responsabilidades privadas (y penales) al ámbito de las responsabilidades empresariales y a la esfera de la prevención de riesgos laborales, y asimismo podrá plantearse en el terreno de la Seguridad Social si su calificación en tanto contingencia debería ser como laboral o no, habida cuenta de que intrínsecamente no estamos ante una contingencia profesional, puesto que no tiene su origen directo en el trabajo, sino en la relación sentimental entre agresor y víctima, empresario y trabajadora.

En todo caso no debe perderse de vista que, desde el momento en que se «exporta» el problema dentro de los muros físicos de la empresa donde se prestan los servicios retribuidos, aquél se reconvierte en laboral si es que en dicho contexto tiene lugar alguna manifestación concreta de violencia física y/o

psicológica, que desde el punto de vista preventivo activa los resortes preventivos a fin de evitar daños a la trabajadora en el curso de su trabajo.

Del mismo modo, y desde la perspectiva de la calificación de contingencia en el ámbito de la Seguridad Social ha de considerarse que la violencia doméstica en estas concretas circunstancias tiene una proyección específica en el ámbito laboral, con carácter perfectamente separable y autónomo, en cuanto el impacto de la misma sobre la trabajadora en este otro terreno, sea cual sea la causa que lo motiva, ajena al trabajo, tiene sus propios perfiles y puede causar un daño diferenciado, sobre la autoestima profesional, el descrédito profesional, etc., amén de posibles agresiones físicas, que, éstas sí, se beneficiarían de la presunción de laboralidad del art. 115.3 LGSS directamente, por acontecer en tiempo y lugar de trabajo.

A pesar de la dificultad de separar las lesiones puramente laborales de las domésticas, no existiría inconveniente a la admisión de esta operación jurídica y separación conceptual, para efectuar una calificación como profesional del daño sufrido por la trabajadora, considerando, como valora la STSJ de Andalucía (Sevilla) de 23 de julio de 2003 (Ar. 2004\1277), la posición de poder que en el ámbito de la empresa puede tener el agresor y que le permite infligir impunemente violencia, si es que no existe superior jerárquico facultado para controlar y atajar esa situación.

Precisamente en la sentencia citada se resuelve un supuesto de malos tratos por parte de uno de los miembros del consejo rector de la empresa, pareja sentimental de la trabajadora, tanto en el ámbito estrictamente privado como en el contexto de la relación de trabajo. Se admite su valoración a efectos de la extinción del contrato por voluntad de la trabajadora al amparo del art. 50 ET, aun mediando un periodo de incapacidad temporal en el que los malos

tratos únicamente se habían infligido en el ámbito doméstico, ya que era imposible que en el mismo pudieran tener carácter laboral, y puesto que al causar alta los malos tratos se habían reanudado.

En particular, argumenta el mencionado tribunal que «con mayor motivo deben ser causa resolutoria los malos tratos que atentan incluso a la integridad de la actora y proceden del máximo representante de la entidad empleadora, cuando ésta nada hace para proteger y preservar los derechos de la trabajadora, máxime si la pasividad obedece al poder decisivo que el ofensor ostenta en la empresa y previsiblemente pueda impedir que se conozcan y afronten esos episodios de malos tratos por otros órganos o directivos de la entidad.»⁹¹

En conclusión, la concurrencia de diferente etiología y multicausalidad no puede excluir la calificación como accidente de trabajo, por aplicación del art. 115.2 LGSS.

⁹¹ Razona a continuación que «la Sala ha de matizar igualmente que los malos tratos sufridos tras la baja médica de 28.7.2000 son igualmente relevantes, dado que se mantiene la conducta pasiva de la empleadora para permitir la reincorporación de la actora, sin que pueda negársele relevancia por ocurrir en el ámbito familiar y no laboral cuando se trata de pareja de hecho que, como estudió la Sala en sentencia del recurso 2354/02, no supone relación excluida de la laboralidad, conforme a la STS de 2.4.2000. En casos de malos tratos en pareja de hecho que coinciden en el ámbito laboral en las posiciones de empleador –o representante o directivo de éste– y empleado, la Sala sostuvo que «en casos como el presente, ante todo, la persona protegida puede dejar de acudir al trabajo sin incurrir en incumplimiento alguno, por tratarse de uno de los excepcionales supuestos en que el ordenamiento ampara su decisión unilateral de abstenerse de acudir al trabajo ante la conducta del empleador, que podría subsumirse en las causas «ex» art. 50 ET o, incluso, podría entenderse como decisión impeditiva de la continuidad del trabajo con valor de despido, de manera que, en todo caso, nunca permiten apreciar dimisión o decisión unilateral de la actora, que, además, estaría privada de toda validez por concurrir manifiesto vicio de su voluntad.»

3.4.2. Efectos laborales de la orden de alejamiento

De concurrir en una misma empresa víctima y agresor en un supuesto de violencia de género, se planteará un problema de prevención de riesgos laborales en relación con la protección de la salud e incluso de la integridad física de la trabajadora.

Desde la perspectiva de las obligaciones empresariales, el cumplimiento de la orden de alejamiento no puede entenderse como responsabilidad del empresario, sino del propio trabajador⁹². Olvidando otros efectos sobre el contrato de trabajo del agresor, que no corresponde analizar aquí, pues el interés se centra en la salud de la trabajadora, si se considera que, integrada la trabajadora en el ámbito de la empresa desde que comienza su jornada, existe un riesgo manifiesto para su salud derivado de la presencia en el mismo centro de trabajo de un agresor que tiene ya reconocida legalmente dicha condición, en cuanto existe una orden de alejamiento, aunque sea una medida provisional.

Al margen de otras consideraciones, es indudable que sobre el empresario pesa el deber de evitar todo daño físico o psíquico a la trabajadora, expuesta al mismo, acudiendo a las medidas preventivas oportunas, se encuentren o no previstas en el plan de prevención (lo habitual será la falta absoluta de previsión, si bien esta dinámica debería cambiar en lo sucesivo, atendido el verdadero peligro para la salud o integridad física de la trabajadora y las obligaciones de implementación de sus derechos que prevé la LO 1/2004, de protección integral contra la vio-

⁹² Vid. Sobre ello GARCÍA VALVERDE, M.D.: «Efectos no penales en otros ámbitos. Sobre el contrato de trabajo», en AA.VV. (dirs. Rivas Vallejo, P.-Barrios Baudor, G.L.: *Violencia de género, perspectiva multidisciplinar y práctica forense*, Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2007; y SORIA FERNÁNDEZ-MOYORALAS, M.: «Orden de alejamiento: ¿Una nueva causa de despido?». *Actualidad Jurídica Aranzadi*, n.634, Pamplona, 2004.

lencia de género, previsión hasta ahora, tres años después, desconocida en la negociación colectiva). A partir de aquí, las medidas, de no estar previstas expresamente, habrán en todo caso de acomodarse a la realidad concreta de la situación planteada, que permitirá aplicar modificaciones de jornada, de horarios (a efectos de evitar la coincidencia físico-temporal), o bien otras más drásticas como la movilidad geográfica (del agresor) o, en última instancia, la extinción del contrato de trabajo, bien sea por causas organizativas (ante la imposibilidad de evitar el encuentro de víctima y agresor⁹³), o por razones disciplinarias, si se ha producido ya una amenaza real o conato de agresión.

El incumplimiento de tales deberes preventivos desplegaría el régimen de responsabilidades común a los riesgos profesionales, con inclusión del eventual recargo de prestaciones por omisión de medidas de seguridad (art. 123 LGSS).

3.4.3. Impacto de la violencia de género sobre la salud de la trabajadora

La perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales debería asimismo considerar un factor femenino, como es la violencia doméstica sufrida por la trabajadora, en tanto puede interactuar en el medio laboral con otros riesgos laborales para potenciarlos y exponer a aquélla a un mayor nivel de riesgo. Por tanto, deviene necesario orientar la prevención de riesgos laborales hacia este foco de riesgo, para considerar una especial sensibilidad a los riesgos, especialmente psicosociales, a los que se expone la trabajadora en esta delicada situación personal, pero con trascendencia social y laboral innegable.

Desde esta perspectiva, ¿puede considerarse «estado transitorio» especialmente pro-

tegible en el marco del art. 25 LPRL, y por supuesto al margen del «estado biológico»? Sea como sea, la cuestión no ha sido hasta el momento objeto de atención preventiva en el marco de la relación privada de trabajo. De este modo, no se prevé tampoco ninguna modulación especial del tratamiento jurídico que deba merecer la conducta de la trabajadora en el seno de la relación de trabajo vinculada a los posibles trastornos de conducta o de personalidad, es decir, afectaciones de la salud, motivadas por la violencia doméstica sufrida, pero sin duda es un factor que debe barajarse en la interpretación de posibles incumplimientos relacionados con el rendimiento o la diligencia en el trabajo a efectos de calibrar la gravedad y culpabilidad propias del despido disciplinario por los órganos judiciales, de acuerdo con el art. 4 LO 3/2007 (que ordena la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, como principio informador del ordenamiento jurídico), así como del art. 14.6 de la misma ley (que establece como criterio de actuación de los poderes públicos la consideración de las singulares dificultades en las que se encuentran las mujeres víctimas de violencia de género).

En definitiva, este elemento adicional debiera preverse como factor de exposición especial a los riesgos derivados del trabajo, especialmente psicosociales pero también aquellos otros en los que una eventual reducción de la atención pudiera incrementar los riesgos de accidente. Cabe citar para ilustrar tales afirmaciones aquellos trabajos en los que existe trato con el público, como los de los profesionales de la Medicina y la atención sanitaria, en los que se encuentran asimismo potenciales focos de violencia ejercida por parte de los pacientes, y que la predisposición a tal riesgo, así como la respuesta frente al mismo e incidencia de su impacto pueden quedar notablemente alteradas en víctimas de violencia de género. La negociación colectiva tampoco debería descuidarlos.

⁹³ STSJ de Cataluña núm. 4732/2006, de 21 de junio (AS 2007\340).

4. LA OBJETIVACIÓN DEL DAÑO SOBRE LA SALUD DE LA TRABAJADORA

La objetivación del daño, superado el aspecto preventivo, esto es, descuidado éste y por tanto causado el daño, se encuentra con importantes obstáculos cuando la incidencia sobre la salud no es tangible por tener carácter físico.

Como destaca la *Guía sobre el estrés* de la UE, *la incidencia de los factores psicológicos sobre la salud puede estar mediatizada por la interpretación subjetiva* acerca de las condiciones de trabajo o de las relaciones personales entabladas en el medio laboral, una mala interpretación emocional o cognitiva, que lleva a considerar ciertas condiciones de trabajo o ciertas actitudes como amenazadoras pese a no serlo (ciertos individuos pueden verse sugestionados a creer que se encuentran en tal situación, por una errónea interpretación del concepto o situación llamadas acoso laboral o bien por una tendencia emocional a creerlo así o malinterpretar conductas ajenas similar a la de algunas patologías mentales como la psicosis persecutoria).

Por otra parte, se ha observado que también otros factores personales o sociales tienen una incidencia modificativa sobre los riesgos estudiados, individualizándolos según la persona afectada. Entre ellos se afirma que incrementan el riesgo los siguientes, denominados individuos *de riesgo especial* para hacer referencia a su especial vulnerabilidad: un comportamiento hostil («de tipo A»), una inadecuada reserva de respuestas para hacer frente a determinadas situaciones y una situación socioeconómica desfavorecida y una falta de apoyo social; la edad (trabajadores adolescentes y trabajadores de edad avanzada), la «doble carga» de la mujer trabajadora (especialmente en el caso de la monoparentalidad) y la discapacidad⁹⁴.

⁹⁴ Oficina de Publicaciones de la Comunidad Europea: *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?», op.cit.*, p. 9.

En el terreno jurídico, la dificultad que nos encontramos hoy día en relación con los trastornos de la salud mental del trabajador en cuanto a su fuente de protección es la de su calificación jurídica en el terreno de las contingencias profesionales, en la que ha de tenerse presente el desvalor que parece subyacer respecto de los trastornos mentales cuando los padecen mujeres (el inevitable desprecio al «histerismo» es lugar común en nuestra realidad cotidiana). Y es que el Sistema de la Seguridad Social no soslaya tal protección, sea cual sea su origen, pero una adecuada tutela hacia el trabajador necesariamente ha de pasar por comenzar con su correcto encuadramiento entre los riesgos profesionales, pues ello facilita su prevención en el ámbito de la empresa. Porque es precisamente en dicho contexto donde debe centrarse la protección a dispensar, con carácter preventivo, antes de que deba operar el Sistema de la Seguridad Social con su haz de protección o en su caso el Derecho sancionador.

Tal dificultad parte de la falta de objetivación fehaciente de las causas de la patología mental estudiada, y de una falta de sistematización y categorización de esta posible fuente de daño para la salud de la trabajadora, ya que únicamente se ocupan de la misma los psicólogos industriales, pero *se descuida en las políticas preventivas en la empresa, en los planes de prevención de riesgos y en la propia legislación*, aunque ya se apuntan las primeras iniciativas en el seno de la Unión Europea por legislar específicamente acerca de este factor de riesgo, y en concreto sobre una de sus causas, el acoso en el trabajo (Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso en el lugar de trabajo 2001/2339 (INI), publicada mediante Acta del 20 de septiembre de 2001)⁹⁵, así como por profundizar en el estu-

⁹⁵ Amén de otras aportaciones legislativas, como la de Directiva 2002/73 CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207 CEE, del Consejo, *relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y*

dio del problema con la constitución del *grupo de estudio de Violencia en el Trabajo* en el seno de la Comisión Europea; y la legislación empieza a tomar conciencia de la necesidad de intervenir activamente.

Se observa en la práctica una tendencia entre los operadores jurídicos y en particular en el ámbito forense, a centrar la cuestión en aquellos aspectos más sobresalientes e indiscutidos prácticamente, que por su especial fuerza señalan en la dirección indicada, es decir, hacia su configuración como riesgo claramente profesional, por haberse constatado efectivamente un causa con suficiente fuerza como para conformar por sí misma un accidente de trabajo o enfermedad del trabajo (pues en España ha de recordarse que se reserva el término «enfermedad profesional» para aquellas que se encuentran listadas en la lista oficial aprobada por RD 1299/2006, de 10 de noviembre). En cambio, cuando este elemento no aparece con claridad meridiana, se tiende a rechazar esta calificación y, por lo tanto, en suma nos encontramos ante una situación de desprotección, pues no mueve ni la protección reparadora ni tampoco la preventiva.

Y es que se viene considerando causa excluyente de dicha calificación como profesional de una cierta patología mental el hecho de que por el trabajador pudiera existir cierta tendencia a desarrollar la enfermedad en cuestión o una cierta «personalidad de base», sea ésta común, habitual o bien acusada. Así, del mismo modo que la preexistencia de una lesión física no excluye, en virtud del art. 115.2 f) LGSS, que pueda atribuirse carácter laboral a la misma si un accidente de trabajo o el evento al que pudiera calificarse como tal la hubiera sacado de su latencia, agravado o desarrollado, la misma conclusión habría de aplicarse a la dolencia de carácter mental,

mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo.

que también puede ser incluso preexistente si resulta agravada o modificada por la incidencia del accidente de trabajo.

Por otra parte, si no opera el agente súbito y violento al que pueda calificarse como accidente de trabajo, que transmite dicho carácter a la enfermedad que modifica en sus caracteres por su incidencia directa sobre ésta, y por tanto ha de aplicarse el apartado e) del art. 115.2 LGSS, la literalidad de éste exige que la causa exclusiva que desencadene la enfermedad sea laboral, con la grave dificultad que entraña llegar a tal conclusión en cada caso concreto, atendida la circunstancia de que el trabajador, como cualquier otro ser humano, no vive aisladamente cada problemática según su origen, laboral, personal, familiar... sino de forma conjunta e interactuando unos factores con otros, y por lo tanto resulta extremadamente difícil aislar una sola causa como único y exclusivo detonante de un trastorno mental para valorar su probable origen laboral.

Por ello, teniendo en cuenta dicha realidad, habrá que interpretarse el precepto conforme a un criterio de prevalencia, es decir, valorando como laboral la contingencia si es que la causa principal de la dolencia considerada es laboral, sin necesidad de que no exista ningún otro factor que pueda incidir en su causación. De suerte que, pese a que puedan existir otras posibles causas que interactúen con la de origen laboral e incluso modificar su incidencia –valorándose pues la incidencia conjunta de todos los factores o causas–, habrá de estarse a que la laboral sea la principal o prevalente, o, en otros términos, que ésta por sí misma pueda considerarse de suficiente entidad para ser causa de la patología.

Detengámonos en este elemento, el que pudiera denominarse «personalidad de base». Es éste un argumento que en principio permitiría excluir el carácter laboral de la dolencia no porque no sea el trabajo el factor desencadenante, sino porque éste en sí y objetivamente considerado se pueda entender

como *causa insuficiente* para desencadenar la enfermedad diagnosticada, porque en un parámetro estándar carecería de los efectos que puede causar en un caso o en otro. Sin embargo, ha de oponerse que ello llevaría a excluir la laboralidad de la patología en todos aquellos casos en los que la trabajadora presentara en sus rasgos de personalidad ciertos caracteres más acusados que el «estándar» o que incluso se atribuyen a estereotipos femeninos.

Es innegable que el trabajo incide de forma distinta en cada individuo y que los mecanismos de defensa son diferentes en cada caso, de forma que los más débiles resortes frente a los denominados «riesgos psicosociales del trabajo» conducen al trabajador con más facilidad a desarrollar trastornos de adaptación al mismo, mientras que en supuestos de contar con más fuertes defensas mentales unos mismos estímulos pueden ser inocuos incluso sobre otro trabajador. Esta diferente respuesta frente a los mismos riesgos no puede llevar a negar que la calificación de laboral es posible, puesto que en la mayoría de los casos no existe afectación alguna en la salud del trabajador frente a tales riesgos psicosociales del trabajo, y que, por lo tanto, cuando el trabajador desarrolle alguna patología ésta no puede ser laboral, sino única y exclusivamente a su «base de personalidad» o «personalidad de base» y falta de recursos para reaccionar contra aquéllos, o que incluso exista una base coyuntural que pueda precipitarlo —como es la situación en la que se encuentra una víctima de violencia de género—, pues lo innegable y cierto es que el estímulo en cuestión, el riesgo en cuestión, es laboral. Eso es lo relevante, y, existiendo éste, si concurre tal relación de causalidad con la afectación de la salud mental del trabajador, habrá de atribuirse carácter laboral a dicha afectación o patología. Poco ha de importar que en la generalidad de los casos el mismo riesgo no suela provocar el mismo efecto, si lo cierto es que *lo ha provocado* en el caso que se estudie.

En términos preventivos, recuérdese que la descripción realizada correspondería con los llamados trabajadores especialmente sensibles a los riesgos laborales, en el marco del art. 25 LPRL, aunque el citado precepto no enumere ni se refiera a estas otras «sensibilidades» en particular, pero permita incluso incluir estados transitorios (v.g. violencia de género en el ámbito doméstico). En cualquier caso, si así se considera, obligaría a adoptar especiales medidas de prevención. ¿Significa ello que resultaría obligatorio aislar a la trabajadora de tal riesgo?

Pues bien, lo cierto es que, para calificar como laboral o no o como accidente de trabajo una determinada dolencia poco importa si la causa concreta es el acoso por otro trabajador, por los superiores jerárquicos o por cualquier otro, quién sea el autor material de ello, o que no exista tal autor, sino que lo relevante es que exista causa laboral y a partir de ahí, a estos concretos efectos, poco importa mayor concreción, si puede fijarse el origen genérico laboral de la contingencia. En este ámbito, es perfectamente plausible que el entorno laboral o medio ambiente laboral actúe como factor estresor y que sea la forma de asumir ese contexto y de enfrentarse al mismo y a los estímulos del trabajo, más ansiosa, desbordada, exagerada, desequilibrada si se quiere, por ser tales los rasgos de personalidad del trabajador, la que propicie el desencadenamiento de la patología, ello con independencia de que las circunstancias hormonales o factores de género puedan asimismo alterar el régimen de reacción supuestamente *estándar*, que frecuentemente se asocia a patrones masculinos. Ahora bien, ello en sí mismo no excluye dicho carácter laboral, si no negamos que el riesgo está en ese concreto espacio, el trabajo, y no existen causas endógenas al mismo que sean las verdaderas causantes del trastorno. Eso ha de significar que, aunque el trabajador tenga unos determinados rasgos de personalidad, si es la actuación de esos riesgos, no percibidos con la misma intensidad y grado de ansiedad por otros trabajado-

res, pero sí por el trabajador en cuestión, la que desencadena el trastorno, pues sin su acción éste no existiría, ha de calificarse la dolencia como derivada de accidente de trabajo.

En España se ha planteado ya en diversas ocasiones, y pueden encontrarse otras tantas respuestas judiciales a esta cuestión, provenientes de Tribunales Superiores de Justicia y juzgados, y por tanto, todavía no jurisprudenciales, al margen de alguna contada resolución que responda a este concepto jurídico, la posible calificación de los daños psíquicos causados por el padecimiento continuado de violencia psicológica como accidente de trabajo (huyendo de la más estricta y técnica de enfermedad profesional, que requeriría su inclusión expresa en el listado oficial), ya sea a los efectos de una incapacidad temporal como permanente como incluso, si el deterioro psicológico y la presión sufrida es de tal entidad como para conducir a quien la sufre a la autólisis, a la muerte.

En cualquier caso, no cabe duda de que, atribuido el carácter de profesional o laboral al estrés padecido por el trabajador, a los efectos de su calificación como accidente de trabajo poco importará que en su origen se encuentre una situación de grave violencia psicológica intencionada, ejercida por alguno de los sujetos que interactúan con el trabajador en el medio ambiente de trabajo, o un estresor vinculado a la propia naturaleza del trabajo realizado o incluso, considerando el componente subjetivo en relación con el propio trabajador, la manera de afrontar estos estresores laborales «objetivos» por el mismo, pese a que no encierre intención dañina alguna.

En definitiva, su calificación habrá de ser en todo caso como contingencia profesional, y habrán de valorarse estas otras circunstancias a efectos de otras posibles derivaciones del reconocimiento de una prestación de la Seguridad Social, como es el caso del recargo de prestaciones de la Seguridad Social nacido de la aplicación del art. 123 LGSS.

Y no puede olvidarse que tales criterios tienen su sentido en el ámbito de la calificación de la contingencia, pero no en el de la prevención del riesgo, a fin de evitar que incida e interaccione con esas otras causas o motivaciones personales de la trabajadora —o bien situaciones coyunturales vinculadas al género: violencia de género, dobles cargas, etc.—.

5. INCAPACIDADES LABORALES

Una vez que la salud de la trabajadora ha quedado irreversiblemente afectada, entrará en juego el concepto de incapacidad laboral o incapacidad para el trabajo y la protección que a la misma brinda el Sistema de la Seguridad Social. A continuación se examinarán algunos datos y las conclusiones a las que conduce el análisis tanto de tales datos como de la doctrina judicial que resuelve los litigios acerca de las solicitudes de pensiones por incapacidad permanente.

5.1. Índice de incapacidades femeninas en España

Para comenzar, debe resaltarse que la esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los hombres (una media de siete años)⁹⁶. Sin embargo, la calidad de vida es inferior, por lo que se habla de una *mayor morbilidad*.

Así, de 2.072.652 personas discapacitadas con 65 o más años, 1.328.844 son mujeres y 743.808 hombres, es decir, el 58,7% del conjunto de la población nacional discapacitada, que asciende a 3.528.220 personas⁹⁷ (de las

⁹⁶ La esperanza de vida sin incapacidad sí es similar entre ambos sexos en la franja de edad de los 65 a los 74 años, mientras que en la franja siguiente es mayor entre los hombres (5,2 años frente a 4,8 de las mujeres hasta los 84 años, y 1,8 y 1,3 respectivamente para los mayores de 85 años).

⁹⁷ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, en la obra colectiva *La dependencia de las personas mayores y su protección desde la perspectiva sociolaboral y de Seguridad Social en Catalu-*

cuales, a fecha de mayo de 2007, el número de pensiones del Sistema de la Seguridad Social

era de 887.109⁹⁸, dentro de un conjunto total de 7.519.490 pensionistas⁹⁹).

POBLACIÓN DISCAPACITADA EN ESPAÑA:

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
De 65 a 69 años	386.338	161.083	225.255
De 70 a 74 años	457.269	168.643	288.626
De 75 a 79 años	476.926	172.670	304.256
De 80 a 84 años	370.701	120.382	250.319
De 85 y más años	381.418	111.031	270.388

Debe considerarse un factor que incida sobre el índice de pensiones por incapacidad, y es el hecho de que la ausencia del mercado laboral de buena parte de las mujeres en edades activas hasta hace pocas décadas, y la ausencia de las que podrían acceder en la actualidad a la pensión de jubilación, motiva que se intente el acceso a la protección por la vía de la incapacidad, puesto que la pensión de jubilación requiere de un periodo notable-

mente mayor de carencia, y del mismo modo a la jubilación anticipada.

Dentro de las situaciones de discapacidad, en particular destaca la de dependencia (es decir, personas que no pueden valerse por sí mismas para realizar actividades esenciales de la vida cotidiana).

En este ámbito, el perfil de las personas dependientes se caracteriza por el género femenino, la viudedad, el bajo nivel de formación y los bajos ingresos:

ESTUDIOS	%		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Analfabeto/a	9,7	18,1	15,1
Sin estudios	41,8	42,2	42,1
Estudios primarios o equivalentes	37,0	33,7	34,9
Enseñanza secundaria	5,7	3,7	4,4
Enseñanza profesional	2,5	0,8	1,4
Universitarios o equivalentes	3,2	1,4	2,0
Total	100	100	100

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

luña, Institut Català de la Dona-Universidad de Barcelona, Barcelona, 2004.

⁹⁸ Obviamente de menores de 65 años, pues los mayores de dicha edad pasan a computarse entre las pensiones de jubilación. Sólo 14.064, a diciembre de 2006, procedían de enfermedades profesionales.

⁹⁹ Fuente: MTAS, http://www.seg-social.es/inicio/?Mlval=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82.

Por otra parte, según el estudio CIS 2439, la mayoría de las cuidadoras informales de personas en situación de dependencia son a su vez mujeres de mediana edad (45 a 54 años), y del mismo modo indican los informes del CES *sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española* (en concreto el informe aprobado en sesión de 10 de diciembre de 2003) que *casi un tercio de la población femenina con edad legal para trabajar se dedica exclusivamente a las tareas domésticas*, lo que igualmente significa que dicho tercio se va a ocupar en exclusiva del cuidado de las personas dependientes que convivan en el hogar con la familia, y que, al no existir ningún otro tipo de ocupación laboral para estas mujeres, su vida transcurrirá totalmente en el interior del hogar, dado el régimen de dedicación que este tipo de personas exigen (en los países de la Unión Europea, el 24% de las personas dedicadas a ello ocupa sesenta o más horas).

Ello las hace también *vulnerables a otro tipo de dolencias, especialmente mentales*, como consecuencia del gran *desgaste psicológico* que les supone hacerse cargo de tales cuidados (*carga*¹⁰⁰), frecuentemente combinados con la atención a sus propios hijos y en su caso el trabajo¹⁰¹, que derivan en situaciones de *burnout* o de somatizaciones psicológicas de la situación de estrés.

Así lo demuestra el Estudio CIS 2117, donde los cuidadores –fundamentalmente mujeres– respondían que una de las consecuencias de tal actividad era precisamente el deterioro de su salud, en un 28,7% como porcentaje global, que corresponde a un 31,35% de mujeres y un 14,6 de hombres, amén de otras consecuencias que también repercuten en la salud (de manera que se combinan los factores estresores primarios y los secundarios¹⁰²):

	%		
	TOTAL	hombres	mujeres
Reducción del tiempo de ocio	64,1	66,4	63,7
Cansancio	51,2	38,7	53,5
Imposibilidad de ir de vacaciones	48,4	44,3	49,1
Falta de tiempo para relacionarse con amistades	39,4	40,3	39,2
Sensación de depresión	32,1	22,5	33,9
Deterioro de su salud	28,7	14,6	31,3
Imposibilidad de plantearse trabajar fuera de casa	26,9	13,3	28,9
Falta de tiempo para atender a las personas como debería	26,4	7,9	30,4
Falta de tiempo para cuidar de sí mismo	23,0	16,1	24,2
Problemas económicos	20,9	23,2	20,5
Necesidad de reducir la jornada de trabajo	12,4	10,5	12,8
Necesidad de abandonar el trabajo	11,5	8,5	12,0
Conflictos con su pareja	9,1	7,9	9,3

¹⁰⁰ AGULLÓ TOMÁS, A.: *Mujeres, cuidados y bienestar social*, p. 171.

¹⁰¹ CAMPO LADERA, M^a J.: «Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora». *Opiniones y Actitudes*, nº 31, CIS, 2000.

¹⁰² Se identifican con las experiencias desencadenadas por los estresores primarios, que causan del mismo modo estrés, como es el caso de los conflictos laborales y los familiares.

Todo ello se traduce en unas dolencias muy definidas y que aparecen combinadas (*pluripatología*), en un deterioro de la salud generalizado (que además lo es en un alto porcentaje: el 31,3%):

- afectación de la salud física: fatiga general y agotamiento físico (en un 53,5%), dolores dorsales y debilitamiento de la fuerza;
- afectación de la salud mental: nerviosismo, irritabilidad, susceptibilidad, cambios de humor, ansiedad, insomnio, estado depresivo (en un 33,9%), angustia, sensación de culpabilidad, pérdida de identidad, tristeza, pesimismo, desilusión, sensación de soledad, impotencia, alteraciones psicosomáticas, y desorientación¹⁰³.

Traducidas estas repercusiones sobre la salud en la capacidad para el trabajo, y medida ésta en incapacidades pensionadas (pues deben separarse las que dan lugar a dicha protección, por ser la cuidadora también trabajadora, de aquellas otras que se producen en el seno de un hogar a cargo de mujeres dedicadas en exclusiva a tales tareas y que por tanto no podrían obtener tal protección si no es por la vía de la pensión no contributiva, de la pensión por invalidez del extinto SOVI¹⁰⁴, o bien recurriendo a otras vías de vinculación al Sistema de la Seguridad Social, en el caso de que hayan desempeñado trabajos retribuidos con anterioridad: el mecanismo de la asimilación al alta mediante la inscripción como demandante de empleo), las cifras que proporciona el Ministerio de Trabajo son las siguientes:

PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE E IMPORTES MEDIOS, POR RÉGIMEN

		2002	2003	2004
AMBOS SEXOS	TOTAL	794.973	806.689	795.361
	Régimen General	454.301	468.523	454.677
	Régimen de Autónomas/os	80.944	83.767	88.012
	Régimen Especial Agrario (Cuenta ajena)	66.820	66.440	67.033
	Régimen Especial Agrario (Cuenta propia)	38.401	36.278	35.317
	Trabajadoras/es del Mar	9.832	9.769	9.777
	Minería del Carbón	5.436	5.293	5.127
	Régimen Especial Empleadas/os del Hogar	17.254	16.325	15.817
	Sovi	35.691	31.901	28.582
	Accidentes de Trabajo	72.876	74.867	77.162
	Enfermedades Profesionales	13.418	13.526	13.857

¹⁰³ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, *op.cit.*

¹⁰⁴ Ello explica el dato de que el 90% de pensiones del SOVI por invalidez sean reconocidas a mujeres.

**PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE E IMPORTES MEDIOS,
POR RÉGIMEN (Cont.)**

		2002	2003	2004
% MUJERES	TOTAL	30,39	30,94	31,34
	Régimen General	26,81	27,93	23,71
	Régimen de Autónomas/os	32,46	32,89	33,04
	Régimen Especial Agrario (Cuenta ajena)	32,52	35,04	37,09
	Régimen Especial Agrario (Cuenta propia)	36,94	37,57	38,05
	Trabajadoras/es del Mar	6,42	6,79	7,28
	Minería del Carbón	0,81	0,81	0,82
	Régimen Especial Empleadas/os del Hogar	96,92	97,00	97,03
	Sovi	89,78	90,02	90,12
	Accidentes de Trabajo	8,30	8,88	9,25
	Enfermedades Profesionales	15,70	17,26	18,50
Importes Medios Mujeres	TOTAL	508,61	508,61	508,61
	Régimen General	615,48	649,52	676,77
	Régimen de Autónomas/os	381,88	406,20	426,61
	Régimen Especial Agrario (Cuenta ajena)	336,95	350,66	361,28
	Régimen Especial Agrario (Cuenta propia)	304,11	319,59	335,23
	Trabajadoras/es del Mar	410,70	435,87	459,87
	Minería del Carbón	818,85	906,57	970,62
	Régimen Especial Empleadas/os del Hogar	333,06	345,83	355,44
	Sovi	217,29	225,70	235,44
	Accidentes de Trabajo	640,22	672,07	698,83
	Enfermedades Profesionales	598,88	630,08	653,90
Importes Medios: Razón Varón/Mujer	TOTAL	71,49	72,59	73,47
	Régimen General	83,30	83,66	83,66
	Régimen de Autónomas/os	85,68	85,80	85,35
	Régimen Especial Agrario (Cuenta ajena)	90,54	90,17	89,96
	Régimen Especial Agrario (Cuenta propia)	89,80	89,83	90,54
	Trabajadoras/es del Mar	69,50	69,93	70,65
	Minería del Carbón	84,11	87,74	89,68
	Régimen Especial Empleadas/os del Hogar	97,73	97,34	98,52
	Sovi	87,26	86,73	85,87
	Accidentes de Trabajo	87,09	86,21	85,77
	Enfermedades Profesionales	60,30	61,55	62,73

Fuente: Informe Estadístico 2004 de la Secretaría de la Seguridad Social y Pensiones .
Datos a 31 de diciembre de 2004.

En cuanto a las incapacidades no permanentes, las causas más frecuentes de incapacidad temporal son, según indica Santos García (secretario general de Ibermutuamur)¹⁰⁵, por el siguiente orden: los trastornos mentales (en concreto trastornos neuróticos y trastornos depresivos), rodillas y columna cervical y espalda, y tendinitis.

El examen de los datos anteriores muestra las siguientes evidencias:

1. En su práctica totalidad –un 97,03%– las incapacidades del Régimen Especial de Empleados de Hogar corresponden a mujeres, porque también lo son las trabajadoras de alta en dicho régimen. Le sigue, con un 90% del total de incapacidades declaradas el SOVI, donde la mayor parte de los beneficiarios son mujeres. Esta situación tiene una clara explicación, al tratarse de un régimen residual para el supuesto de no alcanzar cotizaciones suficientes en uno de los Regímenes del vigente Sistema de la Seguridad Social, motivado por la retirada del mundo laboral de las actuales pensionistas del SOVI al contraer matrimonio antes de 1967.

2. El Régimen Especial Agrario –tanto en cuanto a trabajadoras por cuenta propia como por cuenta ajena– es el que aglutina mayor el mayor índice de incapacidades femeninas, tras el de Hogar y SOVI.

3. Por otra parte, los riesgos profesionales no son los más extendidos entre las mujeres, especialmente los accidentes de trabajo, al ser más alto –el doble– el índice de incapacidades debido a enfermedades profesionales (18,50% frente al 9,25% de los primeros).

Así, en las pensiones derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional, se observa una gran diferencia entre el número de las reconocidas a mujeres con respecto a las declaradas en caso de trabajadores masculinos, pues mientras que para la franja de edad de los 45 a los 49 años el número de pensiones reconocidas a hombres por accidente de trabajo a fecha de 1 de agosto de 2006 era de 10.510, para mujeres la cifra fue de 1259¹⁰⁶.

Asimismo, la franja de edad donde se concentra el reconocimiento de pensiones por esta contingencia en trabajadoras es de 45 a 64 años, es decir, las edades son inferiores a la media general (promediadas las contingencias comunes y las profesionales, puesto que la franja se encuentra entre los 50 y los 64 años en el régimen general).

En cuanto a las pensiones derivadas de enfermedad profesional, existe una mayor dispersión en las franjas de edad, así como un menor número de prestaciones reconocidas. Por ejemplo, para la franja donde se reconoció el mayor número de pensiones por esta causa, de los 45 a los 49 años, dicha cifra fue de 582, frente a 1.553 declaradas a trabajadores masculinos.

En definitiva, se aprecia una todavía mayor diferencia entre sexos si se comparan las contingencias determinantes de la incapacidad, ya que parece ser un riesgo que afecta a menor número de mujeres, en cuanto se concentra en profesiones poco feminizadas, como trabajos de la industria, o, según alguna otra opinión¹⁰⁷, se debe a que «la mujer

¹⁰⁵ SANTOS GARCÍA, C. J.: «Análisis de la litigiosidad en la gestión de los accidentes de trabajo por las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social». Ponencia presentada al Congreso de Magistrados del Orden Social, celebrada en Murcia, 25 a 27 de octubre de 2006, p. 13. En <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>.

¹⁰⁶ Respecto a las pensiones del extinto Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), las edades donde se concentra el mayor número de pensiones en vigor por incapacidad permanente en ambos sexos es en la franja de los 75 años en adelante.

¹⁰⁷ SANTOS GARCÍA, C. J.: «Análisis de la litigiosidad en la gestión de los accidentes de trabajo por las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social». *Op.cit.*, p. 8.

tiene un perfil de mayor prudencia y sensatez frente al riesgo».

4. En cuanto a las edades medias, la de las mujeres pensionistas es ligeramente superior a la de los hombres, al situarse en 57 años, frente a los 53 del segundo caso. Si bien en las edades superiores a los 65 años, se invierten las cifras mucho más elevadas en número de pensionistas por sexos, que pasan de ser prio-

ritariamente masculinas a femeninas, dada la mayor esperanza de vida de la mujer.

5. La cuantía de las pensiones por incapacidad permanente de las mujeres se sitúa en mayor porcentaje por debajo de 500 euros, pues de un total de 288.336 pensiones, 135.028 están comprendidas en dicha franja (el mayor número en las cuantías de 300,01 a 350,00 euros, en un total de 43.109 casos)¹⁰⁸:

TRAMOS DE CUANTÍA	INCAPACIDAD PERMANENTE		
	Hombres	Mujeres	No consta
Hasta 150 euros	4.151	3.589	3
De 150,01 a 250,00	7.284	8.851	
De 250,01 a 300,00	32.743	28.744	1
De 300,01 a 350,00	25.066	43.109	
De 350,01 a 400,00	36.721	24.722	2
De 400,01 a 450,00	28.207	23.281	6
De 450,01 a 500,00	42.677	27.592	3
De 500,01 a 540,89	46.214	21.009	
De 540,90 a 600,00	45.273	15.709	
De 600,01 a 700,00	80.785	22.574	1
De 700,01 a 800,00	43.855	14.720	2
De 800,01 a 900,00	34.824	10.374	
De 900,01 a 1.000,00	27.868	8.215	1
De 1.000,01 a 1.100,00	24.856	6.770	
De 1.100,01 a 1.200,00	19.310	5.354	
De 1.200,01 a 1.130,00	18.267	4.379	
De 1.300,01 a 1.140,00	14.822	3.499	1
De 1.400,01 a 1.500,00	12.534	2.785	
De 1.500,01 a 1.600,00	9.611	2.313	
De 1.600,01 a 1.700,00	7.827	1.890	
De 1.700,01 a 1.800,00	6.915	1.792	
De 1.800,01 a 1.900,00	6.300	1.715	
De 1.900,01 a 2.000,00	4.889	1.06	
De 2.000,01 a 2.100,00	3.477	905	
De 2.100,01 a 2.232,52	3.998	943	
De 2.232,53 a 2.232,55	3.118	1.341	
Más de 2.232,55 euros	3.735	875	
TOTAL	579.427	288.336	20

¹⁰⁸ Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, datos a 1 de agosto de 2006.

6. Obsérvese otro dato que indica la existencia de una brecha económica en las prestaciones por incapacidad por sexos (en cifras globales, existe una diferencia de 26,53%), que tiene reflejo en todos los regímenes, incluso en el de Empleados de hogar (donde debe recordarse que más del 97% de las pensiones correspondían a mujeres), donde existe una diferencia en los importes medios de las pensiones por tal contingencia, más acusado en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar (el importe de la pensión de las mujeres es del 70,65% del total) y en las pensiones derivadas de enfermedad profesional (el 62,73%), que puede estar debida a que los salarios sean más bajos, habida cuenta que su cálculo se realiza según salario vigente en la fecha del hecho causante (por lo tanto el promedio se refiere a un corto espacio de tiempo donde no caben las lagunas de cotización que pudieran provocar la reducción de la cuantía de la base reguladora).

7. *Litigiosidad*: según los estudios realizados¹⁰⁹, el 15% de las resoluciones administrativas sobre incapacidad permanente dictadas por el INSS resultan modificadas en los juzgados y tribunales del orden social, lo que significa un total de 66.620 sentencias recaídas anualmente sobre asuntos de incapacidad permanente.

5. 2. *Enfermedades prevalentes e incapacidades típicas*

Existen ciertas enfermedades más prevalentes entre las mujeres, algunas de las cuales también alcanzan el mismo protagonismo como determinantes de incapacidad permanente:

a) *Anorexia*. Se trata de una enfermedad más frecuente entre las mujeres, especialmente adolescentes, pero también existe una

franja de afectadas adultas, ya sea por la cronicidad de la enfermedad, por la dificultad de la curación o por el desencadenamiento de un nuevo cuadro en pacientes aparentemente curadas debido a causas externas¹¹⁰.

b) *Trastornos mentales*. Especialmente la depresión mayor –así como la distimia– afectan en mayor medida a mujeres: de dos a tres mujeres la padecen, frente a un hombre con la misma dolencia¹¹¹. Según señala Vivas Larruy¹¹², la incapacidad demandada por trastornos mentales representa el 9,9% entre las patologías, y, aunque no consta en cifras un cómputo de la incidencia de la depresión, sí se destaca que las mujeres la demandan en un 10,4% y los hombres en un 8,8%. Las franjas de edad en las que mayor demanda se produce por esta patología son: entre los 34 y 39 años 16,1%, seguida de la franja de 16 a 34 un 10,2%, y de la de 50 a 64 en un 6,6%¹¹³.

c) *Demencias*. Se unen preferentemente al factor de la edad (superior a 65 años¹¹⁴), pero también al sexo.

d) *Malos tratos/violencia de género*. Las secuelas de malos tratos pueden derivar tanto en incapacidades temporales como en permanentes, como consecuencia de las lesiones físicas – hematomas, fracturas óseas en brazos, piernas, tabique nasal, conmoción cere-

¹¹⁰ VACCAREZZA, L.: «Anorexia», en AA.VV. (dir. Rivas Vallejo, P): Tratado médico legal de incapacidades laborales, Thomson Aranzadi, Pamplona, 2006.

¹¹¹ DEL CORRAL GARCÍA, A. «enfermedades invalidantes más prevalentes» Patologías invalidantes y su aplicación práctica. Cuadernos de Derecho Judicial. Escuela Judicial CGPJ. 2004. Y VIVAS LARRUY, A.: «Enfermedades mentales: análisis jurisprudencial», en AA.VV. (dir. Rivas Vallejo, P): *Tratado médico legal...* op.cit.

¹¹² Op.cit.

¹¹³ ARANCÓN VIGUERA: «Estudio epidemiológico para la incapacidad permanente para el trabajo». *Medicina general*. 2002, p. 466 y ss.

¹¹⁴ Señala ORÓS MURUZÁBAL («Demencias», en AA.VV. (dir. Rivas Vallejo, P): *Tratado médico legal...* op.cit.) que la prevalencia estimada de pacientes con Enfermedad de Alzheimer oscila entre los 200.000 y 300.000.

¹⁰⁹ Cfr. SANTOS GARCÍA, en la obra citada en nota anterior.

bral etc.— como psíquicas —trastornos mentales, síndrome de estrés postraumático...—. Y también lesiones físicas consecuencia del maltrato psicológico: dolores cervicales, mareos, vértigos, cólicos abdominales, renales, colon irritable, fatiga, desgana, ansiedad, depresión, fobias, anorexia, bulimia, alcoholismo e incluso autolisis (intentos de suicidio)¹¹⁵.

Entre las incapacidades temporales se señalan los ya indicados hematomas, fracturas óseas en brazos, piernas, tabique nasal, conmoción cerebral, o interrupción del embarazo a consecuencia de los golpes.

Y entre las secuelas permanentes la pérdida de la visión, del oído, trastornos respiratorios producidos por puñetazos en la cara; lesión de órganos internos, riñón, bazo, ciertas parálisis como consecuencia de lesiones medulares; cicatrices, quemaduras en el rostro que dejan huella definitivamente.

Sin embargo, como indica Vacarezza¹¹⁶, muy frecuentemente las patologías causadas por malos tratos se diagnostican como depresiones, trastornos bipolares o situación de *borderline*, cuando en realidad encubren las secuelas psicológicas de los malos tratos.

e) *Lesiones musculoesqueléticas*, que se encuentran a su vez entre las patologías que fundan el mayor número de incapacidades

temporales e incluso permanentes, y que en muchos casos se ligan a factores psicosociales. Según se ha constatado por la Sociedad Española de Reumatología, la mitad de las incapacidades en España se deben a este tipo de trastornos, y entre ellos, la artrosis es la patología articular más prevalente, especialmente a partir de los 50 años, donde precisamente se sitúa el mayor número de solicitudes de incapacidad (el 73% de los casos son mujeres). Asimismo, la osteoporosis ocupa un papel protagonista entre las mujeres a partir de los 60 años de edad.

f) *Fibromialgia*. Se trata de una enfermedad «en expansión» en la actualidad, al haber aflorado un elevado porcentaje de pacientes, en su mayor parte de sexo femenino, afectas de la enfermedad (inevitablemente se confunden entre este colectivo algunos supuestos infundados, como acontece con todas las nuevas vías de reclamación que acaban cobijando solicitudes no veraces), que en el ámbito de los órganos evaluadores de incapacidades (EVIS, e ICAM en Cataluña) están siendo fuente de constante preocupación, especialmente ante el desbordamiento de las consultas y solicitudes con tal causa.

En al menos un 90% de los casos objeto de reclamación jurisdiccional las solicitantes son mujeres, mayores de cuarenta años en su mayor parte, y la patología aparece frecuentemente asociada a síndromes depresivos, y en muchos casos también unida al síndrome de fatiga crónica. Aunque, según la Encuesta Europea del Dolor, el perfil de las mujeres que sufren dolor crónico es el de las amas de casa (el 70% de quienes sufren dolor crónico son mujeres), por lo tanto fuera del mercado de trabajo, si bien sus características (seis años de evolución) y síntomas asociados (alteraciones del sueño, irritabilidad y depresión) las sitúan en los parámetros de la incapacidad laboral definida por el art. 136 LGSS.

Según indican los estudios médicos, la estimación es de una media de diez consultas al médico al año en los pacientes de fibromialgia

¹¹⁵ Desde este punto de vista es sumamente interesante el trabajo de ECHEBURRÚA et al.: «Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, 1997; así como el de VILLAVICENCIO, P. y SEBASTIÁN, J.: *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid. 1999. Vid. también: MACÍAS, M.: *Aspectos psicosociales de los malos tratos a las mujeres*, tesis doctoral dirigida por Rosa Pastor. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. 1992.

¹¹⁶ VACAREZZA, L.: *El trabajo analítico. Conceptos indispensables*. Ed. Síntesis, 2002; y *Hablan las mujeres*. Ed. Biblioteca Nueva, 2004. Véase en dicha obra el relato de casos reales en el que se refleja el impacto sobre la salud de la víctima de los malos tratos.

y una media de tres fármacos diarios para el control del dolor¹¹⁷, lo cual puede incluso contraindicar la realización de ciertos trabajos (v.g. aquellos que requieren el manejo de máquinas peligrosas) aun sin declaración de incapacidad permanente. Y, por otra parte, ha de llamarse la atención sobre su incidencia desde la perspectiva preventiva, ya que este tipo de síntomas puede interferir en determinado tipo de actividades, que requieran o bien realizar esfuerzos físicos o bien la concentración mental (o agilidad o capacidad rápida de respuesta), o aquellos otros en los que pueda existir una mayor exposición a riesgos que pudieran provocar ansiedad (trabajos con mayor índice de riesgos psicosociales, como es el caso de ciertas profesiones o sectores, así la sanitaria y la docente entre las más expuestas). Y, además, puede interactuar con otros problemas, como el de la asunción de dobles jornadas o problemas de conciliación de la vida laboral y familiar, que comportan un factor (femenino) de riesgo añadido que incrementa los efectos estresores de otros factores que pueden estar presentes en estas patologías (la cuestión del *work life balance* es considerada un factor de predisposición relevante).

g) *Otros síntomas*, como obesidad, hiperuremia o hipotiroidismo, que en sí mismos no se consideran incapacitantes.

h) *Síndrome varicoso* (en extremidades inferiores).

i) De las enfermedades que afectan al *sistema nervioso*, la esclerosis múltiple también es una patología que se da más entre mujeres (de raza blanca, y en zonas templadas y frías), así como la embolia cerebral¹¹⁸. Lo son

también las cefalgias migrañosas (que se incrementan con la menopausia) y la neuralgia del trigémino (que en sí misma no es especialmente frecuente).

j) Entre las enfermedades del *aparato locomotor*, son más frecuentes porcentualmente entre mujeres el lupus eritematoso sistémico¹¹⁹, el síndrome de Sjögren (en proporción de 9/1, y en edades medias), la polimialgia reumática (en mujeres mayores de cincuenta años), la esclerosis sistémica progresiva (que también predomina en mujeres de edades comprendidas entre los veinte y los sesenta años) y que se acompaña de manifestaciones clínicas articulares y fenómeno de Raynaud.

k) Enfermedades *broncopulmonares*: son más predominantes entre mujeres que entre hombres las siguientes: la *bronquiolitis adulta criptogénica*, que afecta a mujeres fumadoras de mediana edad¹²⁰, linfangoileiomiomatosis pulmonar (poco frecuente pero que afecta principalmente a mujeres premenopáusicas).

l) Enfermedades *cardiovasculares*: es predominante la enfermedad de Raynaud (en mujeres jóvenes), el eritema pernio, arteritis de Horton (afecta en una proporción del doble con respecto a los hombres, a partir de los 50 años), o la tromboangeítis obliterante (en crecimiento entre las mujeres por el aumento de la cifra de mujeres fumadoras)¹²¹. Sin embargo, de las anteriores sólo la primera es habi-

¹¹⁷ LERA MIGUEL, S.: *Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectas de Fibromialgia*. Memoria de tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 2005, p. 6.

¹¹⁸ IBÁÑEZ DE LA CHICA, D.: «Enfermedades del sistema nervioso», en AA.VV. (Dir. P. Rivas Vallejo): *Tratado médico legal de incapacidades laborales*. Thomson Aranzadi, Pamplona, 2006.

¹¹⁹ GARCÍA RUIZ, P.: «Enfermedades musculoesqueléticas», en AA.VV. (Dir. P. Rivas Vallejo): *Tratado médico legal de incapacidades laborales*, op.cit. Señala dicho autor que suele ser más frecuente en mujeres entre los 20 y 40 años y es una de las causas más frecuentes de trombofilia adquirida y de accidentes vasculares cerebrales en menores de cincuenta años.

¹²⁰ VILLANUEVA DÍEZ, M.: «Enfermedades broncopulmonares», en AA.VV. (Dir. P. Rivas Vallejo): *Tratado médico legal de incapacidades laborales*, op.cit.

¹²¹ GOMILA VILA, X.: «Enfermedades cardiovasculares». En AA.VV. (dir. Rivas Vallejo, P.): *Tratado médico legal de incapacidades laborales*, op.cit.

tual entre las causas incapacitantes, aunque asociada a otras patologías (para trabajos que exigen manualidad).

m) Enfermedades *gastrointestinales*: gastritis de tipo inmune o tipo A, y síndrome del colon irritable¹²².

También se examinaron las dolencias profesionales más frecuentes en páginas anteriores, a las que se remite este apartado, para evitar reiteraciones.

5.3. Enfermedades feminizadas no invalidantes pero sí interfirientes: el caso de la fibromialgia

Un ejemplo de actualidad que encarna la retroalimentación entre insalubridad laboral y factores externos que inciden patológicamente sobre la salud y repercuten negativamente sobre las propias condiciones de trabajo y la continuidad del vínculo laboral es la fibromialgia¹²³.

Los síntomas que acompañan a la fibromialgia (entre ellos ansiedad 44%, dolor de cabeza 54%, fatiga 78%, y dolor extenso 97%) pueden interferir en ciertas actividades laborales que requieran o bien realizar esfuerzos físicos o bien la concentración mental (o agilidad o capacidad rápida de respuesta), o aque-

llos otros en los que pueda existir una mayor exposición a riesgos susceptibles de desencadenar ansiedad (trabajos con mayor índice de riesgos psicosociales, como es el caso de ciertas profesiones o sectores, así la sanitaria y la docente entre las más expuestas), amén de la posibilidad de interacción con factores de riesgo como la doble jornada o problemas de conciliación de la vida laboral y familiar (el *work life balance* es considerado un factor de predisposición relevante). Asimismo, se trata de una enfermedad que, dadas sus características clínicas, no objetivables mediante pruebas diagnósticas, frecuentemente expone a quien la padece a una situación de estrés emocional adicional derivado de la desvaloración personal, y del descrédito profesional vinculado a prejuicios y estigmas de asociación a holgazanería o debilidad femenina.

Sea como sea, la conjunción de ambos factores sitúa a la trabajadora que padece el citado síndrome (fibromialgia y síndrome de fatiga crónica) en una especial situación de fragilidad laboral que puede conducirle a la pérdida del empleo por aplicación del art. 52 ET, que pudiera interpretarse discriminatorio por vulnerar el art. 14 CE, si se considera que más del 90% de los diagnósticos por fibromialgia y SFC corresponden a mujeres, según el criterio de la prevalencia estadística, asimismo recogido por la LO 3/2007, de 22 de marzo.

¹²² VINUESA GARCÍA, D.: «Enfermedades del aparato digestivo», en AA.VV. (dir. Rivas Vallejo, P): *Tratado médico legal de incapacidades laborales*, op.cit.

¹²³ La fibromialgia (FM) es una forma de reumatismo no articular caracterizado por dolor musculoesquelético difuso y crónico, junto a la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión («Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas». ÁLVAREZ LARIO, B., ALONSO VALDIVIESO, J.L., ALEGRE LÓPEZ, J.: *Revista Española de Reumatología*, 1996, núm. 23, pp. 76-82.

ANEXOS

I. Datos obtenidos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

TABLA 16. ASPECTOS DEL PUESTO DE TRABAJO ESTUDIADOS
SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD

Datos en %	INDUSTRIA	CONSTRUCCIÓN	SERVICIOS	TOTAL
Posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos	33,7	43,2	43,7	41,5
Ruido	55,0	54,1	29,1	36,8
Seguridad de máquinas, equipos y material	38,0	46,4	27,8	31,6
Ambiente térmico (temperatura, humedad)	31,6	22,4	25,9	26,8
Seguridad de las instalaciones	24,1	26,7	26,4	25,9
Diseño del puesto de trabajo (mobiliario, espacio, superficies, iluminación, etc.)	13,6	06,3	27,1	22,5
Manipulación o respiración de sustancias o productos nocivos o tóxicos	22,8	34,5	15,7	18,8
Aspectos mentales y organizativos (nivel de atención, horario, pausas, ritmo, estrés, etc.)	6,0	6,9	16,7	13,6
Vibraciones	20,9	26,6	6,2	11,0
Radiaciones	6,7	11,7	12,3	11,0
Agentes biológicos	3,6	8,2	09,3	8,0
Otros	6,4	4,9	05,7	5,7
NS	5,1	3,1	15,6	12,3
NC	4,8	1,8	2,3	2,8

TABLA 17. MEDIDAS ADOPTADAS TRAS EL ESTUDIO DE RIESGOS REALIZADO EN EL PUESTO DE TRABAJO POR SECTOR DE ACTIVIDAD

Datos en %	INDUSTRIA	CONSTRUCCIÓN	SERVICIOS	TOTAL
Modificación de instalaciones, maquinaria, equipos o materiales	57,9	25,8	48,5	48,7
Cambios en el método de trabajo	13,2	24,0	20,1	18,7
Reducción del tiempo diario de permanencia en el puesto de trabajo	4,2	4,9	2,7	3,3
Modificación o suministro de equipos de protección individual	20,3	37,0	9,2	14,9
Modificación o instalación de medios de protección colectiva	12,4	17	5,3	8,4
Compensación económica (pluses)	1,1	1,8	1,4	1,4
Formación	22,5	19,2	28,4	25,9
Información	19,4	17,1	24,9	22,6
Otros	6,7	-	14,9	11,2
NS	2,9	4,8	12,2	9,0
NC	1,2	4,2	2,4	2,3

TABLA 28. TRABAJADORES EXPUESTOS A RIESGO DE ACCIDENTE SEGÚN SEXO

Datos en %	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Trabajadores expuestos a riesgos de accidente de trabajo	55,4	77,8	68,3
Trabajadores no expuestos a riesgos de accidente de trabajo	43,4	21,6	30,9
NS/NC	1,2	0,6	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

TABLA 29. RIESGOS DE ACCIDENTE MÁS FRECUENTES SEGÚN SEXO

Datos en %	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Cortes y pinchazos	25,4	35,2	31,0
Golpes	20,2	34,0	28,1
Caídas de personas al mismo nivel	14,9	19,8	17,7
Caídas de objetos, materiales o herramientas	7,2	22,9	16,2
Caídas de personas desde altura	4,5	23,4	15,3
Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas pesadas	8,3	13,3	11,2
Quemaduras	9,8	10,7	10,3

TABLA 30. TRABAJADORES EXPUESTOS A RIESGO DE ACCIDENTE SEGÚN LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LOS RIESGOS SEGÚN SEXO

Datos en %	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Hay que sacar la producción por encima de todo	10,0	8,3	8,9
El trabajo obliga a realizar operaciones peligrosas	10,1	18,8	15,8
Por esfuerzos o posturas forzadas	18,0	13,6	15,1
Por cansancio o fatiga	26,7	20,8	22,9
Por exceso de confianza o costumbre	33,0	34,0	33,7
El ritmo de trabajo es muy elevado	16,3	9,5	11,9

Base: Trabajadores que han señalado algún riesgo de accidente en su puesto de trabajo.
Pregunta de respuesta múltiple.

TABLA 31. TRABAJADORES ACCIDENTADOS SEGÚN LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LOS RIESGOS DE ACCIDENTE SEGÚN SEXO

Datos en %	MUJER	HOMBRE	TOTAL
El lugar de trabajo está en malas condiciones	4,9	15,0	11,9
La máquina está insuficientemente protegida	1,0	9,4	6,8
El área de trabajo o superficie es insegura	18,2	11,5	13,5
El trabajo obliga a realizar operaciones peligrosas	3,7	16,5	12,6
Por esfuerzos o posturas forzadas	13,3	14,8	13,8
Falta o inadecuación de equipos de protección individual	6,0	3,1	4,0
Por cansancio o fatiga	17,4	9,8	12,2
Por exceso de confianza o costumbre	17,3	25,5	23,0
El ritmo de trabajo es muy elevado	10,8	10,5	10,6

Base: Trabajadores que han tenido un accidente de trabajo en los dos últimos años.
Pregunta de respuesta múltiple.

TABLA 32. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS DE CAUSAS DE LOS RIESGOS DE ACCIDENTE ENTRE TRABAJADORES EXPUESTOS Y ACCIDENTADOS SEGÚN SEXO

Datos en %	EXPUESTOS		ACCIDENTADOS	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Exigencias del trabajo	54,7	45,2	44,3	39,4
Factores individuales	26,0	24,4	17,1	19,7
Lugar de trabajo	12,3	20,3	28,6	28,0
Instalaciones y equipos	7,0	10,1	10,0	12,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Base expuestos: Respuestas de los trabajadores que han señalado algún riesgo de accidente en su puesto de trabajo.
Base accidentados: Respuestas de los trabajadores que han tenido un accidente de trabajo en los dos últimos años.

GRÁFICO 14. ASPECTOS INADECUADOS DEL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO SEGÚN SEXO

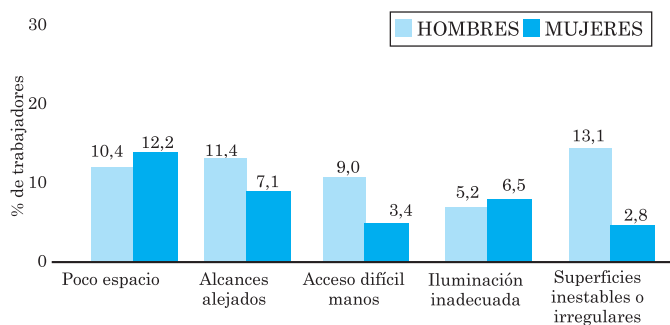


GRÁFICO 21. LOCALIZACIÓN DE LAS MOLESTIAS MUSCULOESQUELÉTICAS

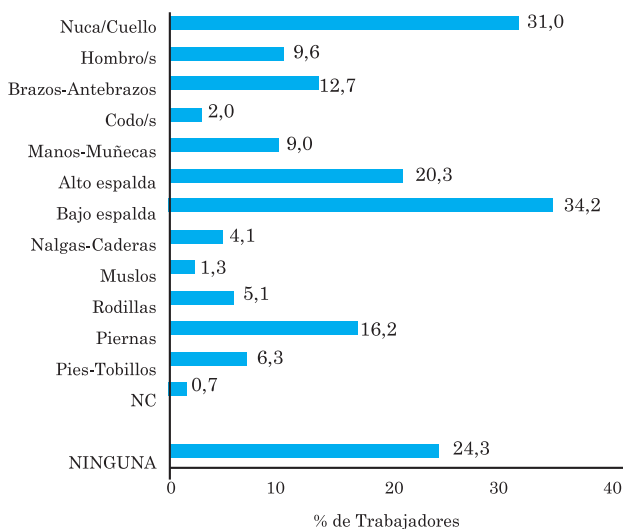


GRÁFICO 23. MOLESTIAS MUSCULOESQUELÉTICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN SEXO

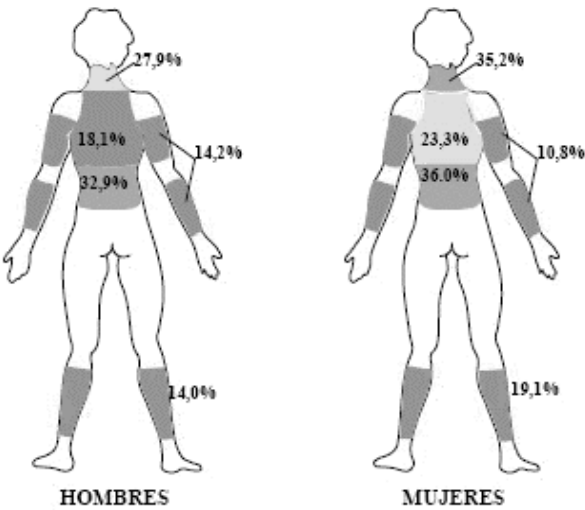


TABLA 43. EXIGENCIAS MENTALES DE LA TAREA SEGÚN SEXO

Datos en %	Mantener un nivel de atención alto o muy alto	Mantener un ritmo de trabajo elevado	Realizar tareas repetitivas y de corta duración
HOMBRE	57,5	39,3	37,4
MUJER	51,0	41,1	42,2

Base: Total de trabajadores.
Respuesta: Más de la mitad de la jornada laboral
Las celdas sombreadas indican diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 44. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LOS FACTORES DE MAYOR RIESGO

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	% trabajadores con exigencias elevadas (1)	% trabajadores sin exigencias elevadas (2)
Le cuesta dormirse o duerme mal	16,7	8,9
Tiene sensación continua de cansancio	17,5	11,2
Sufre dolores de cabeza	18,3	10,8
Sufre mareos	6,4	1,8
Le cuesta concentrarse, mantener la atención	3,5	2,1
Le cuesta acordarse de las cosas	5	3,3
Se nota irritable, tenso	10,5	7,7
Sufre alteraciones del apetito o digestivas	5,9	3,1
Tiene problemas de ojos (lagrimeo, visión borrosa...)	9,8	3,8
Bajo estado de ánimo	7,2	3,9

Base (1): Trabajadores con exigencias elevadas de atención, ritmo y repetitividad.
Base (2): Trabajadores sin exigencias de atención, ritmo y repetitividad elevados.
Pregunta de respuesta múltiple.
Las celdas sombreadas indican diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 54. PROLONGACIÓN DE LA JORNADA DE TRABAJO SEGÚN SEXO

Datos en %	HOMBRE	MUJER
Sí, con compensación económica o en tiempo libre	35,7	24,3
Sí, sin compensación	17,4	22,2
No	44,3	50,1
NS/NC	2,6	3,5

TABLA 55. CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL TRABAJO

	% de trabajadores
Violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo	0,8
Violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo	3,2
Pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual)	0,9
Discriminación por la edad	0,5
Discriminación por la nacionalidad	1,0
Discriminación sexual	1,3
Discriminación por raza o etnia	0,6
Discriminación por una minusvalía	0,1
Discriminación por la orientación sexual	0,1

TABLA 58. CONDUCTAS DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN SEXO

Datos en %	Criterio restrictivo (diario o semanal)	Criterio menos restrictivo (diario, semanal o mensual)
Hombres	1,2	3,1
Mujeres	2,0	4,2
TOTAL	1,6	3,6

TABLA 59. EXPOSICIÓN A CONDUCTAS DE ACOSO PSICOLÓGICO Y SINTOMATOLOGÍA

Síntomas	% trabajadores no expuestos a conductas de acoso	% trabajadores expuestos a conductas de acoso
Le cuesta dormir o duerme mal	10,1	39,4
Tiene sensación continua de cansancio	12,4	27,3
Sufre dolores de cabeza	12,0	27,3
Sufre mareos	2,6	12,1
Le cuesta concentrarse, mantener la atención	2,3	6,0
Le cuesta acordarse de las cosas o las olvida con facilidad	3,5	15,2
Se nota tenso, irritable	8,0	27,3
Sufre alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestiones pesadas)	3,3	21,2
Tiene problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...)	4,8	21,2
Bajo estado de ánimo	4,1	33,3
Ninguno	68,8	25,0

TABLA 60. ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Datos en %	Industria	Construcción	Servicios	TOTAL
Han sufrido algún accidentes de trabajo (dos últimos años)	9,2	18,4	8,4	9,7
Han sido diagnosticados o están en trámite de reconocimiento de alguna enfermedad profesional	2,9	4,7	2,4	2,7
Tipo de enfermedad profesional:				
Enfermedades de la piel	0,2		0,3	0,3
Enfermedades pulmonares		0,4	0,1	0,1
Enfermedades infecciosas		0,4		0,0
Sordera	0,7			0,1
Enfermedades o intoxicaciones por metales		0,4		0,0
Enfermedades o intoxicaciones por otras sustancias químicas	0,2		0,1	0,1
Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones	1,6	1,7	1,4	1,5

TABLA 65. MOTIVOS PRINCIPALES DE CONSULTA MÉDICA
SEGÚN OTRAS VARIABLES ASOCIADAS

Principales motivos de consulta		% de trabajadores
Dolor de cuello		
Edad	Edad hasta 45 años	2,6
	Edad más de 45 años	2,2
Sexo	Hombres	1,6
	Mujeres	3,7
Nacionalidad	Espanoles	2,3
	Otras nacionalidades	4,3
AT en los últimos dos años	Refieren AT	6,3
	Sin AT	2,1
EP diagnosticada o en trámite	Refieren EP	10,3
	Sin EP	2,3
Dolor de espalda		
Edad	Edad hasta 45 años	5,1
	Edad más de 45 años	5,3
Sexo	Hombres	4,2
	Mujeres	6,4
Nacionalidad	Espanoles	5,2
	Otras nacionalidades	4,9
AT en los últimos dos años	Refieren AT	13,7
	Sin AT	4,2
EP diagnosticada o en trámite	Refieren EP	28,8
	Sin EP	4,5
Dolor en miembro superior		
Edad	Edad hasta 45 años	1,5
	Edad más de 45 años	1,9
Sexo	Hombres	1,2
	Mujeres	2,2
Nacionalidad	Espanoles	1,6
	Otras nacionalidades	1,8
AT en los últimos dos años	Refieren AT	7,3
	Sin AT	1,1
EP diagnosticada o en trámite	Refieren EP	12,1
	Sin EP	1,3

Elaboración propia

TABLA 65 (continuación). **MOTIVOS PRINCIPALES DE CONSULTA MÉDICA
SEGÚN OTRAS VARIABLES ASOCIADAS**

Estrés

Edad	Edad hasta 45 años	1,0
	Edad más de 45 años	2,6
Sexo	Hombres	0,9
	Mujeres	2,2
Nacionalidad	Espanoles	1,4
	Otras nacionalidades	1,8
AT en los últimos dos años	Refieren AT	1,0
	Sin AT	1,5
EP diagnosticada o en trámite	Refieren EP	1,7
	Sin EP	1,5

TABLA 68. **OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN A LOS GRUPOS CLUSTER**

Datos en %	PRIMER GRUPO: en general pocas molestias	SEGUNDO GRUPO: grupo de transición	TERCER GRUPO: grupo psicosocial, carga física e inestabilidad en el empleo	CUARTO GRUPO: grupo de componente físico, contaminantes y accidentes	QUINTO GRUPO: todos los aspectos molestos	TOTAL
Sector de actividad						
Industria	17,7	17,6	22,9	30,9	34,6	20,9
Construcción	8,8	6,9	8,1	25,1	24,1	11,2
Servicios	73,5	75,5	69,0	44,0	41,4	67,9
Instrumento de trabajo						
Herramientas	34,4	31,2	35,5	50,2	46,6	36,4
Vehículos	6,8	4,0	3,3	2,9	4,5	5,1
Maquinaria y equipos	8,0	9,1	16,6	16,0	24,8	11,2
Equipos y material de oficina	34,2	40,3	34,6	17,7	7,5	32,0
Otras categorías	16,6	15,4	10,0	13,2	16,5	15,2
Ocupación						
Técnicos y prof. científicos e intelectuales	12,4	17,6	8,1	6,2	5,3	12,0
Técnicos y profesionales de apoyo	11,2	9,9	5,2	11,2	0,8	9,6
Empleados de tipo administrativo	14,5	15,2	17,1	5,0	4,5	13,2
Trabajadores de servicios	22,7	23,5	28,6	18,3	14,4	22,4
Artesanos y trabaj. cualificados industria	13,8	12,8	18,6	29,5	25,0	16,6
Operadores de instalaciones y maquinaria	7,7	8,5	6,7	13,7	18,9	9,2

TABLA 68 (continuación). OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN A LOS GRUPOS CLUSTER

Trabajadores no cualificados	17,7	12,6	15,7	16,2	31,1	16,9
Grupos de edad						
Hasta 45 años	66,7	73,9	88,1	74,1	72,9	72,0
Más de 45 años	33,3	26,1	11,9	25,9	27,1	28,0
Nacionalidad						
Española	92,8	93,7	91,0	93,4	87,1	92,6
Otra	7,2	6,3	9,0	6,6	12,9	7,4
Sexo						
Hombre	55,0	50,7	63,5	69,0	72,0	57,6
Mujer	45,0	49,3	36,5	31,0	28,0	42,4
Probabilidad de no renovar contrato						
Ninguna-muy baja	79,4	68,6	55,9	61,8	62,8	71,1
Baja	13,6	22,5	22,3	26,1	19,4	18,6
Alta-muy alta	7,0	8,9	21,8	12,0	17,8	10,3
Accidente de trabajo en los últimos dos años						
Sí	5,2	8,9	11,1	19,1	25,8	9,7
No	94,8	91,1	88,9	80,9	74,2	90,3
Sufren con frecuencia cefalea						
No	92,0	84,8	85,7	82,6	82,6	87,8
Sí	8,0	15,2	14,3	17,4	17,4	12,2
Sufren con frecuencia alteraciones del sueño						
No	94,6	87,8	84,4	84,4	84,8	90,0
Sí	5,4	12,2	15,6	15,6	15,2	10,0
Sufren con frecuencia irritabilidad						
No	97,3	89,3	81,4	89,3	82,6	91,8
Sí	2,7	10,7	18,6	10,7	17,4	8,2
Consulta médica relacionada con el trabajo						
No	89,2	88,8	83,8	76,9	78,8	86,4
Sí	10,8	11,2	16,2	23,1	21,2	13,6
Consulta médica por dolor cuello						
No	97,8	98,0	98,1	96,7	96,2	97,6
Sí	2,2	2,0	1,9	3,3	3,8	2,4
Consulta médica por dolor espalda						
No	95,6	95,3	93,3	91,8	97,0	94,9
Sí	4,4	4,7	6,7	8,2	3,0	5,1
Consulta médica por dolor en miembro superior						
No	99,4	98,2	98,1	97,9	93,2	98,4
Sí	0,6	1,8	1,9	2,1	6,8	1,6
	% sobre N1=937	% sobre N2=507	% sobre N3=210	% sobre N4=243	% sobre N5=132	
	N Grupo1: 44,3% de la muestra	N Grupo2: 24% de la muestra	N Grupo3: 9,9% de la muestra	N Grupo4: 11,5% de la muestra	N Grupo5: 6,2% de la muestra	

Sexo

Hombre	55,0	50,7	63,5	69,0	72,0	57,6
Mujer	45,0	49,3	36,5	31,0	28,0	42,4

Probabilidad de no renovar contrato

II. Datos obtenidos de la IV ENCUESTA EUROPEA, 2007

FIGURA 4.11. PROPORTION OF WORKERS ABSENT AND NUMBER OF DAYS ABSENCE DUE TO WORK-RELATED HEALTH PROBLEMS (%)

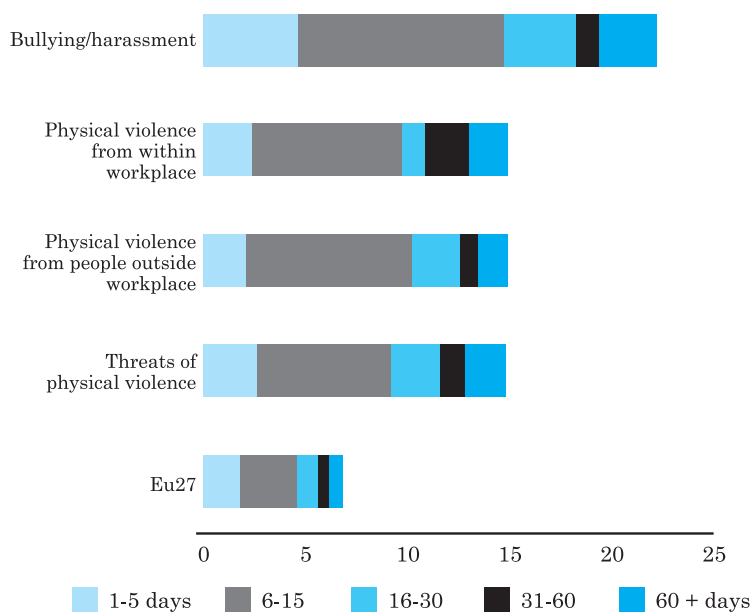


FIGURA 4.10. HEALTH PROBLEMS ASSOCIATED WITH BULLYING AND HARASSMENT, EU27 (%)

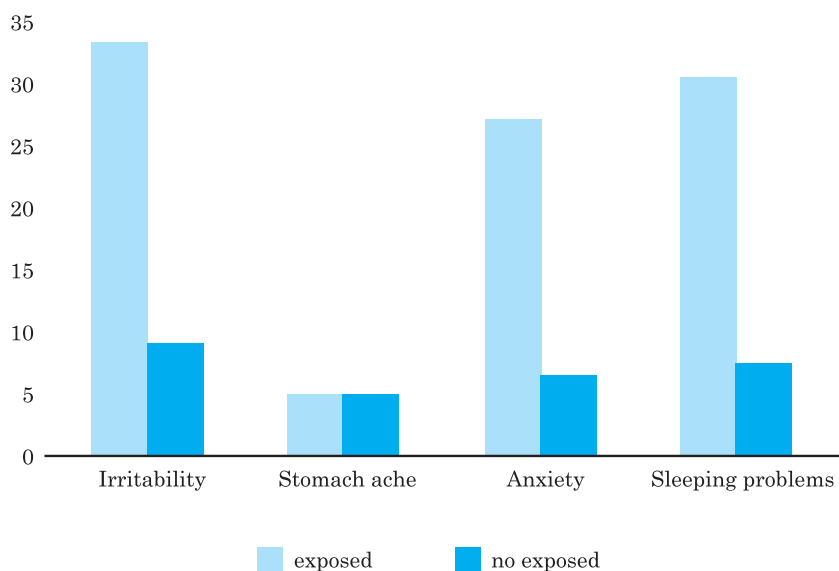


TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN LA AUSENCIA POR RAZONES DE SALUD (ARS) POR DIFERENTES MOTIVOS, LABORALES Y NO LABORALES

III. Datos obtenidos del MTAS, Seguridad Social

VARIABLES	ARS por accidente de trabajo			ARS por enfermedad laboral			ARS por enfermedad no laboral		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Sexo									
Hombre	50	6,3	0,014	48	6,1	0,700	137	18,0	0,164
Mujer	11	2,9		25	6,7		76	21,5	
Edad (años)									
15-24	7	7,8	0,140	6	6,7	0,317	16	18,4	0,842
25-34	17	5,4		16	5,3		59	19,9	
35-44	22	6,9		25	8,0		56	18,7	
45- 54	11	3,7		13	4,4		49	17,4	
55+	4	2,5		13	8,1		33	21,7	
Estado civil									
Vive con pareja	40	4,9	0,619	54	6,7	0,428	140	18,0	0,183
Vive solo	20	5,6		19	5,5		72	21,4	
Hijos en casa									
Ninguno	35	4,6	0,219	48	6,4	0,880	143	19,8	0,431
Uno o más	26	6,3		25	6,2		70	17,8	
Tareas del hogar									
No	44	5,7	0,250	44	5,8	0,353	139	19,0	0,901
Sí	17	4,2		29	7,2		74	19,3	
Vibraciones									
No	38	4,4	0,036	47	5,5	0,041	161	19,2	0,865
Sí	22	7,5		26	8,8		52	18,8	
Ruido elevado									
No	34	4,0	0,004	48	5,8	0,247	148	18,4	0,338
Sí	27	8,2		25	7,7		65	20,9	
Humos, vapores y sustancias peligrosas en el ambiente									
No	28	3,2	<0,001	51	5,9	0,394	156	18,5	0,421
Sí	33	11,4		21	7,3		56	20,7	
Temperaturas extremas									
No	40	4,1	<0,001	53	5,5	0,009	181	19,3	0,626
Sí	20	10,3		20	10,5		32	17,8	
Manipulación de carga pesada									
No	24	3,2	<0,001	33	4,5	0,001	141	19,6	0,589
Sí	37	8,7		40	9,6		72	18,2	
Trabajo a turnos									
No	44	4,7	0,137	51	5,5	0,021	162	18,2	0,126
Sí	17	7,1		22	9,7		51	22,7	
Horas por semana									
Tiempo parcial	8	3,9	0,374	11	5,5	0,613	40	20,7	0,520
Tiempo completo	53	5,5		62	6,5		173	18,7	
Tipo de trabajo									
Permanente	41	6,0	0,047	49	7,3	0,460	159	24,3	0,000
Pequeño empresario	5	3,2		5	5,3		13	14,4	
Autónomo	5	2,1		11	4,8		19	8,6	
No permanente	12	7,5		8	5,0		22	14,6	
Actividad económica de la empresa (NACE)									
Agricultura, ganadería, caza y selvicultura (A) y Pesca (B)	2	3,5	0,421	1	1,8	0,082	7	13,7	0,431
Industrias extractivas (C) e Industrias manufactureras (D)	12	6,5		10	5,4		33	18,8	
Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua (E)	0	0,0		0	0,0		1	20,0	
Construcción (F)	9	9,1		7	7,3		16	17,2	
Comercio y reparación de vehículos y artículos personales (G)	12	5,2		11	4,9		42	18,8	
Hostelería (H)	7	7,9		6	6,8		14	16,5	
Transporte, almacenamiento y comunicaciones (I)	5	6,6		6	8,1		17	23,6	
Intermediación financiera (J)	1	1,9		2	3,8		5	9,6	
Actividades inmobiliarias y Servicios empresariales (K)	0	0,0		4	13,3		16	20,0	
Admón. Pública, defensa y seguridad Social obligatoria (L)	3	4,1		11	15,1		121	28,8	
Otros servicios (M-Q)	10	3,7		15	5,6		51	19,9	
Tamaño de empresa (trabajadores)									
1-9	27	4,3	0,261	23	3,7	0,001	86	14,4	0,000
10-499	27	6,4		36	8,6		94	23,0	
500+	6	6,7		10	11,5		25	30,1	
Demanda psicológica									
Baja	37	4,8	0,397	38	5,0	0,808	146	19,8	0,355
Alta	24	6,0		35	9,0		67	17,7	
Control sobre el trabajo									
Alto	34	3,6	0,007	36	5,6	0,236	119	18,9	0,826
Bajo	37	7,2		37	7,3		94	19,4	
Total	61	5,2		73	6,3		213	19,1	

p: Prueba de chi cuadrado. NACE: Nomenclatura Estadística de Actividades Económicas de la Comunidad Europea (NACE REV. 1).

<http://www.fundacion-universal.com/modules/mydownloads/docs/05-premis/14-premi.pdf>

III. Datos obtenidos del MTAS, Seguridad Social

Incapacidad permanente por grados y regímenes. Mayo 2007

PENSIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE EN VIGOR A 1 DE MAYO DE 2007								
Distribución por regímenes y grados de incapacidad								
REGÍMENES	GRAN INVALIDEZ		INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL					
			No cualificada (55%)		Cualificada (75%)		SUMA	
	Núm.	P. media	Núm.	P. media	Núm.	P. media	Núm.	P. media
GENERAL	20.179	1.585,40	144.144	492,55	124.631	781,79	268.775	626,67
TRABAJADORES AUTÓNOMOS	3.750	1.048,96	39.133	363,53	13.795	558,08	52.928	414,23
AGRARIO CUENTA AJENA	1.750	812,45	19.688	290,77	20.866	433,03	40.554	363,97
AGRARIO CUENTA PROPIA	863	800,17	14.554	287,74	4.582	440,66	19.136	324,36
TRABAJADORES DEL MAR	276	1.308,49	3.215	468,38	2.046	664,62	5.261	544,70
MINERÍA DEL CARBÓN	154	2.251,09	1.709	817,61	949	1.101,48	2.658	918,86
EMPLEADOS DE HOGAR	373	761,56	2.528	244,59	6.020	397,44	8.548	352,24
ACCIDENTES DE TRABAJO	3.308	1.882,67	47.979	681,22	18.458	1.121,77	66.437	803,62
ENFERMEDADES PROF.	23	2.078,23	8.326	742,68	4.554	1.369,76	12.880	964,40
SOVI								
TOTAL REGÍMENES	30.676	1.476,89	281.276	488,94	195.901	755,13	477.177	598,22
REGÍMENES	INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA		INVALIDEZ PARCIAL DE AT		TOTAL			
	Núm.	P. media	Núm.	P. media	Núm.	P. media		
GENERAL	246.103	1.059,67			535.057	861,99		
TRABAJADORES AUTÓNOMOS	40.203	686,00			96.881	551,58		
AGRARIO CUENTA AJENA	24.907	536,38			67.211	439,54		
AGRARIO CUENTA PROPIA	11.006	534,24			31.005	412,11		
TRABAJADORES DEL MAR	4.019	894,53			9.556	713,89		
MINERÍA DEL CARBÓN	1.626	1.505,10			4.438	1.179,94		
EMPLEADOS DE HOGAR	5.711	496,41			14.632	418,94		
ACCIDENTES DE TRABAJO	9.977	1.376,84	1.430	139,77	81.152	906,38		
ENFERMEDADES PROF.	949	1.735,32			13.852	1.019,06		
SOVI					33.325	324,95		
TOTAL REGÍMENES	344.501	963,33	1.430	139,77	887.109	759,39		