

SALUD Y DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO

PILAR RIVAS VALLEJO

PROFESORA TITULAR ACREDITADA "A" CATEDRÁTICA DE
DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

ÍNDICE: 1. Introducción. 2. Discriminación múltiple y salud. 3. Intervención legislativa: UE y España. 3.1. Actuación legislativa. 3.2. Acción positiva y salud. 4. El acoso de género como riesgo para la salud y su atención prioritaria en la legislación antidiscriminatoria. 4.1. El trabajo, espacio para la violencia con sesgo de género. 4.2. Acoso de género: acoso sexual y acoso por razón de sexo, conceptos convergentes y no sinónimos. 4.3. Prevención del acoso como forma de discriminación. 5. La posibilidad de prever la discriminación en tanto que riesgo laboral. 5.1. ¿Es prevenible la discriminación en materia de salud? 5.2. Medidas para garantizar la transversalidad de género en la salud laboral. 5.3. Adaptación de condiciones en caso de enfermedades crónicas feminizadas: tutela antidiscriminatoria derivada de su incumplimiento. 5.4. La integración de la atención a las secuelas de la violencia de género en la salud pública y en la salud laboral. 5.4.1. Salud pública. 5.4.2. Salud laboral. 5.5. Acoso y riesgos psicosociales. 6. Conclusiones. 7. Fuentes.

Resumen. La transversalidad de género en la salud, y en particular en la salud laboral, continúa siendo una asignatura pendiente. Siguen sin superarse los esquemas más tradicionales que asocian género y maternidad, género y salud reproductiva, como únicos temas a considerar en las políticas sanitarias; y, cuando se introduce cierto análisis de género, aún en el siglo XXI se emplean parámetros de medida supuestamente neutros, que en realidad se identifican con la medida universal masculina. Por el contrario, el verdadero *gender mainstreaming* exige un estudio del diferente comportamiento, afectación y riesgos propios a los que están sometidas las mujeres, en su mayor parte, supuestos de macro o micro discriminaciones, que sistemáticamente se siguen ignorando, incluso, en la política de prevención de riesgos laborales, pero cuya incorporación efectiva permitiría dar respuesta a evidentes situaciones de inequidad social.

1. INTRODUCCIÓN

Las reivindicaciones del movimiento feminista por la salud de los años sesenta lograron la universalización del derecho a la sanidad en condiciones de igualdad, y por tanto, la apertura de los sistemas sanitarios occidentales a la igualdad por razón de género¹ y a los derechos relativos a la salud reproductiva. No obstante, lo anterior no significó integrar la sensibilidad de género en la atención e investigación sanitarias.

La atención a la salud femenina desde la perspectiva jurídica se centra tradicionalmente en los aspectos biológicos y se limita a aquellos que se vinculan a la maternidad. De suerte que las referencias al respecto, se basan en la mayoría de los casos, en el tratamiento que de la maternidad y de la situación de lactancia da nuestra legislación al binomio trabajo-riesgos fetales – riesgos susceptibles de interrumpir el proceso natural del embarazo o de causar daños al feto o a la criatura recién nacida –.

A menudo se banaliza o se ignora que la salud femenina está influida por una multitud de factores más allá de la maternidad, antes y después de esta, afectada durante toda la vida de la mujer trabajadora, quien se ve expuesta a una serie de riesgos ligados a su actividad, que poco tienen que ver con una situación biológica transitoria como la citada, todo ello aunado a la confluencia de factores de discriminación y elementos diferenciadores en las circunstancias a las que se expone, junto con sus particulares condicionantes sociales.

La propia separación en el empleo por razón de sexos constituye el punto de partida de las diferentes realidades en lo relacionadas con la salud laboral, que precisan de un tratamiento específico; atención que ha sido soslayada durante décadas de trabajo regulado por el derecho, y que ha tenido que esperar hasta el 2005 para obtener un tratamiento específico por parte del organismo europeo encargado de desarrollar y promover la investigación sobre este tema: la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (*Mainstreaming a gender perspective*

¹ KUHLMANN, E. “From Women’s Health to Gender Mainstreaming and Back Again. Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare”, *Current Sociology*..., pgs. 135-154.

*into occupational safety and health*²).

No cabe duda de que este rasgo diferenciador es asimismo causa de un sesgo claro en la salud de la mujer, que provoca que existan riesgos laborales femeninos o incluso enfermedades feminizadas, no femeninas, que conforman un núcleo de singularidad relevante. Además de que existen aquellos susceptibles de influir, por razón de género, en resultados graves para ella.

Ahora bien, existen factores discriminatorios que actúan en forma de micro-discriminaciones, que generan una sinergia negativa, en donde la incidencia o alcance de ciertos riesgos potencia otros, provocando condiciones precarias de salud, tanto orgánica como mental. Tratándose de esta última, puede ir acompañada de un cuadro de manifestaciones orgánicas. En definitiva, una dinámica de retroalimentación de la discriminación basada en el género.

De esta suerte, lo cierto es que el trato peyorativo hacia la mujer en ámbitos públicos y privados determina un resultado claramente pernicioso que no siempre se visibiliza, aun cuando los estudios médicos resulten francamente reveladores³. Según JOHNSON y JOHANSSON, son claves en la salud laboral femenina los efectos de la exposición crónica a un lugar de trabajo poco democrático, situación que permanece invisible (pero insidiosa), lo que exige una labor de exteriorización y concienciación que permita actuar desde el punto de vista de la igualdad efectiva perseguida por la legislación anti-discriminatoria (en Europa la *Directiva 2006/54/CE*, del Parlamento y del Consejo, de 5 de julio, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de

² La versión más actual, publicada en 2014, *Mainstreaming gender into occupational safety and health practice*: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mainstreaming-gender-into-occupational-safety-and-health-practice>.

³ 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.ciudaddemujeres.com/articulos/IMG/pdf/salud_mujeres_trabajo.pdf; y UGT: “Salud laboral y género”, en <http://www.ugt.es>.

trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación; y en España la *Ley Orgánica 3/2007*, de 22 de marzo, *para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres*, en adelante LOI). Como manifiestan SEN GEORGE y OSTLIN⁴, la consecuencia del escaso control de las mujeres sobre la naturaleza de su trabajo son los altos costos de oportunidad que deben afrontar al enfermar, al buscar atención o cuando han de cuidar a otra persona, lo que asimismo conlleva una des-priorización en el ámbito de los hogares hacia la salud del sexo femenino, que pasa a un segundo plano, y por tanto, necesariamente ha de situarla en una posición de mayor exposición a los riesgos laborales.

Según afirma la *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010*⁵, tanto el sexo masculino como el femenino se enfrentan a riesgos sanitarios diferentes, pero la investigación médica, las estadísticas e indicadores de seguridad y sanidad se centran, aún hoy – principalmente –, en los hombres y en los sectores predominantemente masculinos.

Existe un conglomerado discriminatorio multicausal, en donde la tutela y el resarcimiento del daño son difíciles de obtener, tratándose de la mujer. Pues influyen diversos factores en torno a este género, derivados de una mayor precariedad, disimilitudes de trato injustificadas, exigencias emocionales de trabajo diferenciadas, incidencia de un alto índice de perversiones de conducta entre superiores, compañeros, etc.; ya sea en forma de acoso o acoso sexual – que como se sabe, es una figura más ligada al género femenino –⁶. Todos estos aspectos son dignos de un tratamiento legal específico que hasta hace poco permanecía invisible al derecho, pero que se comienza a atisbar en España con la *LO 3/2007*, de 22 de marzo. Por lo que si confluyen otros factores discriminatorios como la edad, discapacidad, origen étnico, creencias religiosas, entre otros, la *LO 3/2007* y el propio arsenal legal comunicatorio resultarían insuficientes para combatir los efectos que aquellos ocasionarían en la mujer

⁴ ÖSTLIN, P., GEORGE, A. y SEN, G. “Gender and Health Inequalities: The Intersections”, *Challenging health inequities...*

⁵ COM (2006) 92 final – No publicada en el Diario Oficial.

⁶ Vid. SEN, G., GEORGE, A. y ÖSTLIN, P. *Incorporar la perspectiva...*, pg. 1.

en el ámbito de su trabajo lucrativo, y para mitigar el impacto sobre la salud y calidad de vida.

Si bien es cierto que esta necesaria proyección legal del fenómeno ya ha tenido un tímido reflejo tanto en las estrategias de igualdad comunitarias⁷, como en la legislación sanitaria española⁸, aún precisa un trabajo intensivo de estudio, investigación y concienciación social, que penetre en las políticas de salud laboral más allá de su presencia ya garantizada en la actualidad por la vía de los protocolos de actuación en materia de acoso/acoso sexual, merced a la mencionada *LO 3/2007* en el caso español o, en el ámbito comunitario, como resultado de la aplicación del *Acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo* (de 8 de noviembre de 2007).

En el campo de la salud, la atención parcial y sesgada de los “riesgos femeninos” ha sido puesta de relieve por un sector de la doctrina científica. Es el caso de R.C. BARNETT, quien afirma que:

(...) con la sola excepción de lo referente al aparato reproductor, cuando los investigadores han estudiado los problemas de la salud y lesiones físicas, se han centrado en el hombre y en las variantes de su trabajo, y cuando han estudiado los trastornos mentales, lo han hecho normalmente en la mujer y en las variantes de su función social⁹.

Segregación “científica” que ha impedido hallar el factor de género en estos estudios. 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

⁷ Cfr. *Estrategia de Igualdad de género 2010-2015*, que no se refiere a la salud laboral pero sí contiene recomendaciones al respecto, y más específicamente lo hace el *Documento de trabajo de la Comisión sobre acciones para implementar la estrategia de igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015*, en particular cuando insta a considerar los aspectos de género en la *Estrategia UE sobre seguridad y salud en el trabajo 2013-2020*. Vid. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/priorities-for-occupational-safety-and-health-research-in-europe-2013-2020>.

⁸ Cfr. *Ley 14/1986*, de 25 de abril, *General de Sanidad*, o la *Ley 33/2011*, de 4 de octubre, *General de Salud Pública*.

⁹ BARNETT, R. C. *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo*. OIT: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>

a su condición intrínseca – biológica – o en virtud de sus distintas experiencias? Pregunta que obtiene una respuesta positiva en algunos estudios dedicados al tema (entre ellos el posterior de BARNETT, MARSHALL, RAUDENBUSH y BRENNAN, 1993, núm. 5; y el algo más reciente de VOGEL¹⁰). Más prolija, no obstante, es la literatura médica¹¹, pero incluso entre los países que se declaran vanguardistas en el tratamiento de la cuestión (v.g. Canadá), se admite la misma carencia, que cae en idéntico error de categorizar a todas las mujeres utilizando parámetros universales, en lugar de aplicar la necesaria transversalidad de género¹², lo que provoca la inevitable deriva al estudio de aquellas necesidades que se entienden exclusivamente femeninas por pura segregación, y lleva al reduccionismo científico, al marginar la luz de las diferencias, enmascaradas por el uso de parámetros masculinos.

Así pues, la perspectiva de género no solo debe orientar la identificación del sesgo en la salud, sino igualmente su tratamiento singular en el marco de la

¹⁰ VOGEL, L. *The gender workplace health...*

¹¹ Son destacables importantes aportaciones como las de BARNETT, BIENER y BARUCH en 1987 [tras los estudios sobre las relaciones entre trabajo y estrés de GOLDBERGER y BREZNITZ (1982), COOPER y SMITH (1985), SAUTER, HURRELL y COOPER (1989), HOLT (1992)], autoras del primer estudio específicamente dedicado a la influencia del género en todas las etapas de la reacción al estrés (al que han seguido los de DUCKI, 2001, y de ÖSTLIN, o el de SEN, GEORGE y ÖSTLIN, 2005). Vid., asimismo las ponencias del seminario sobre mujeres en el trabajo: *on women at work - Raising the profile of women and Occupational Safety and Health (OSH)*, celebrado el 9 de diciembre 2010 en Bruselas por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, recogidas en <https://osha.europa.eu/en/seminars/seminar-on-women-at-work-raising-the-profile-of-women-and-occupational-safety-and-health-osh>. Asimismo invocan la necesaria interseccionalidad en el estudio de la salud con perspectiva de género: JACKSON, B. E. y otros, “Quality care is like a carton of eggs: Using a gender-based diversity analysis to assess quality of health care”. *Canadian woman studies...*, pgs. 1-21. REID, C. PEDERSON, A. y DUPERE, S. “Addressing diversity in health promotion: Implications of women’s health and intersectional theory”, *Health promotion in...*, pgs. 75-89.

¹² Cfr. HANKIVSKY, O. y otros. “Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research”, *International journal for...*, pg. 5: <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/5>. Asimismo, HANKIVSKY, O. y CORMIER, R. “Intersectionality: Moving women’s health research and policy forward Vancouver”, *Women’s health research...* Y HANKIVSKY, O. “Gender based analysis and health policy: The need to rethink outdated strategies”, *Women’s health in...*, pgs. 143-168.

política pública de salud, en la que se enmarca en virtud de los arts. 12.2.4 y 32 de la *Ley General de Salud Pública*, y en la línea del art. 16.2 de la citada ley, así como de otras directrices que incidan al respecto; pues, en definitiva, son riesgos determinantes para la salud de la mujer. En este sentido, su atención integrada permitirá afrontar con mayor eficacia una política preventiva en el ámbito laboral.

La salud laboral, en su configuración legal actual, se encuentra con ciertas carencias, que ya se han enumerado, y que tratarán de analizarse más adelante, al mismo tiempo que se estudiará la reorientación de la aplicación de la legislación preventiva en aras de lograr la mayor coherencia en la necesaria transversalidad de género de aquella, superando la errónea premisa de identificar la perspectiva de género con el análisis desagregado por géneros y la tutela a la maternidad biológica. La política preventiva debe considerar, más allá del factor biológico relacionado con la capacidad reproductora de las mujeres, las diferencias corporales, de socialización, de roles y estereotipos, y los efectos que el conjunto de estos factores provocan sobre el puesto, y sobre las exigencias que se deriven de este. En esta política, y este es el rasgo diferencial más sobresaliente, ocupan un lugar tan destacado tanto los riesgos laborales como los extralaborales. Los cuales, en definitiva, acaban teniendo un impacto real sobre la salud, que resulta escasamente medido y considerado en las políticas sociales, encaminadas a atajar situaciones de inequidad.

2. DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE Y SALUD

Algunos teóricos en el estudio de la salud con perspectiva de género abogan por la interseccionalidad, concepto acuñado por CRENSHAW¹³ (para el binomio raza-género), para profundizar en las inequidades de género en la salud¹⁴. Sin

¹³ CRENSHAW, K. “Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of colour”, *Critical Race Theory...*, pgs. 357-383. Puede encontrarse una versión anterior, en la *Stanford law review*, pg. 1241: http://socialdifference.columbia.edu/files/socialdiff/projects/Article__Mapping_the_Margins_by_Kimblere_Crenshaw.pdf

¹⁴ Cfr. HANKIVSKY, O. y otros. “Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research”, *Internacional journal for...*; HANKIVSKY, O., y CORMIER, R. Intersectionality: “Moving women’s health research and policy forward Vancouver”, *International journal for...*; HANKIVSKY, O. “Gender based analysis and health policy: The need to rethink outdated strategies”, *Women’s health in...*

embargo, se trata de una herramienta infrautilizada¹⁵.

La tesis de la discriminación múltiple constituye un plus de atención y tutela de los fenómenos discriminatorios multicausales. Conceptos que dan respuesta jurídica a la compleja problemática conformada por un mismo centro de distinción en el que confluyen diferentes orígenes causales (género, enfermedad, discapacidad, etc.), pero se trata de una idea aún en desarrollo en el derecho occidental.

En Europa, ha sido tímidamente acogida en el derecho comunitario. En concreto, se encuentra presente en el art. 17.2 de la *Directiva 2000/43* y en el art. 19.2 de la *Directiva 2000/78*, de forma vinculada al sexo, como factor multiplicador de cualquier otra causa discriminatoria cuando se suma a esta. Sin embargo, pese a la falta de recepción expresa de forma vinculante, como un supuesto de intersección de causas, comienza a ser objeto de atención por la propia Comisión Europea¹⁶, el Consejo¹⁷ o el Parlamento Europeo¹⁸, aunque, si bien es cierto, todavía no se ha plasmado en los contenidos interpretativos, es decir, en la jurisprudencia¹⁹.

¹⁵ Cfr. HANKIVSKY, *et al*: “Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research”, *Internacional journal for...*, pg.10.

¹⁶ Así, en el Informe al Consejo y al Parlamento Europeo, sobre aplicación de la directiva 2000/43 (COM/2006/0643-final), en la Comunicación al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, sobre el Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010 (COM 2006 92 final), en el Documento de trabajo de acompañamiento a la Propuesta de Directiva del Consejo para implementar el principio de igualdad de trabajo entre personas con independencia de la religión o creencias, discapacidad, edad u orientación sexual, y valoración del impacto (COM [2008] 426 final), o en la publicación COMISIÓN EUROPEA. *Tracking multiple discrimination...*

¹⁷ Resolución del Consejo de la Unión Europea y de los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el Consejo el 17 de marzo de 2008, relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea (DOUE C 075 de 26 de marzo de 2008).

¹⁸ Resolución sobre la situación de la población romaní en la Unión Europea (DOUE 045 E de 23 de febrero de 2006), y Resolución sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea (2003/2109 [INI], en DOUE C102E/497, de 28 de abril de 2004).

¹⁹ No obstante, existe un supuesto resuelto por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, sentencia de 8 de diciembre de 2009, 49151/2007, *caso Muñoz Díaz*.

En lo que respecta a determinadas causas de discriminación que confluyen con el género, se conocen algunas acciones – amén de la extensión del *mainstreaming* o transversalidad desde el género hasta el resto de las causas de discriminación protegidas, a partir del art. 10 del *Tratado de Lisboa*, en vigor desde diciembre de 2009²⁰ –, como por ejemplo: la elaboración del informe *La discriminación ejercida contra las mujeres con discapacidad, por parte del Consejo de Europa (2002)*; la inclusión de la perspectiva de género en la *Recomendación (2006) a todos los Estados Miembros del Consejo de Europa, sobre aplicación del Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015*; la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* de 13 de diciembre de 2006²¹ (ratificada por España mediante Instrumento de 30 de marzo de 2007), que dedica su art. 6 a las mujeres con discapacidad, reconociendo que “están sujetas a múltiples formas de discriminación”; o la puesta en marcha por el gobierno español de algún plan específico, como el *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007*²²; así como otras iniciativas independientes no gubernamentales²³.

La todavía incipiente construcción legal y jurisprudencial del concepto de multidiscriminación nacido de la teoría interseccional de CRENSHAW en 1991 conduce a aproximaciones pragmáticas, que priman (en caso de conflicto jurídico al que otorgar tutela) la preeminencia de alguna de las causas superpuestas, lejanas a la construcción de una nueva realidad jurídica que supone la confluencia o intersección de estas.

Sea como sea, lo cierto es que la superposición de género y enfermedad/discapacidad produce un resultado especialmente gravoso para la mujer trabajadora. Sin embargo, el núcleo conformado por el binomio género/

²⁰ COMISIÓN EUROPEA. *Promoting equality: activities on fighting discrimination in 2009*. Junio 2010. Disponible en http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/altridoc/rapporti/Equality_Sep10.pdf.

²¹ <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

²² http://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20PARATI/plan_mujeres_discapacidad.pdf

²³ Es el caso singular de la discapacidad, v.gr. el *Manifiesto Europeo de las Mujeres con Discapacidad*, presentado en 1997 por el grupo de mujeres del Foro Europeo de personas con discapacidad.

enfermedad resulta tributario de un trato peyorativo singular, en tanto no goza de la especial protección que recae sobre la discapacidad reconocida oficialmente (judicial o administrativamente), en el sentido del art. 1 de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* de 2007²⁴, a menos que se trate de una enfermedad crónica visible y objeto de trato peyorativo definida por la jurisprudencia comunitaria como tributaria de trato equiparable al supuesto de la discapacidad²⁵, que precisa el concepto de discapacidad anunciado en el apartado 45 de la STJUE de 11 de julio de 2006, *Chacón Navas* [C13/05, Rec. p. I6467²⁶]; y en concreto entiende que debe dispensarse el mismo trato a una enfermedad diagnosticada médicamente como curable o incurable que acarrea una limitación, derivada de dolencias físicas, mentales o psíquicas, “cuando esta condición, al interactuar con diversas barreras, pueda impedir la participación plena y efectiva de la persona en la vida profesional en igualdad de condiciones con los demás trabajadores”, y por el art. 4.4 del Texto Refundido de la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad* y de su inclusión social (aprobado por *Real Decreto Legislativo 1/2013*, de 29 de noviembre), que asimila discapacidad a “los estados previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una limitación en la actividad”.

Lo cierto es que la enfermedad no invalidante resulta especialmente insidiosa entre la población femenina, cuyo estado de salud es directamente proporcional a su longevidad. De menor visibilidad e impacto, impide reconocer grado alguno de incapacidad para el empleo y determina una obligada convivencia con el ejercicio habitual del trabajo que deteriora a su vez un ya de por sí precario estado de salud, frecuentemente condicionado por las dificultades para conciliar vida laboral y familiar. Un ejemplo paradigmático de trabajadoras afectas de enfermedades

²⁴ “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

²⁵ Sentencia del TJUE de 11 de abril de 2013, Asuntos acumulados C 335/11 y C 337/11, *Jette Ring/Danske almennyttigt Boligselskab* (C-335/11) y *Lone Skouboe Werge/Danske Arbejdsgiverforening*, en representación de *Pro Display A/S*, en concurso (asunto C 337/11).

²⁶ Conforme a dicha resolución, la discapacidad se identifica con “una limitación derivada de dolencias físicas, mentales o psíquicas y que suponga un obstáculo para que la persona de que se trate participe en la vida profesional”.

crónicas²⁷ es el de quienes padecen el síndrome de fatiga crónica o la fibromialgia, patologías ambas de signo claramente femenino por ser predominantemente prevalentes entre las mujeres, o el de quienes sufren cáncer de mama (también identificado como causa de discriminación laboral²⁸). La intersección de causas discriminatorias provoca sin duda un resultado peyorativo singular. Situación que ha motivado que por parte de este colectivo, organizado en asociaciones y federaciones, se haya instado del Poder legislativo alguna actuación específica en pro de los derechos de las personas trabajadoras que padecen estas patologías, tanto en el ámbito sanitario como en el de la adaptación de las estructuras legales a la especificidad de la dolencia. Tan es así que la enfermedad cuenta con una declaración comunitaria, la *Declaración del Parlamento Europeo sobre la fibromialgia* de 13 de enero de 2009 (2010/C 46 E/07²⁹).

En otros ámbitos geográficos existen iniciativas similares. A título de ejemplo, en Argentina la *iniciativa parlamentaria 6218/D-2013*, presentada el 4 de septiembre de 2013, que reza:

Habitantes que acrediten el padecimiento de fibromialgia – fibromiositis, fibrositis –, síndrome de fatiga crónica y/o la sensibilidad química múltiple: extensión de los beneficios de las leyes 22431, de sistema de protección integral de las personas discapacitadas, 24314, de accesibilidad de personas con movilidad reducida y 25765, de fondo permanente de recompensa³⁰,

Como se puede observar, propone su inclusión en la lista de patologías incapacitantes.

²⁷ Vid. el trabajo anterior: RIVAS, P. “Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple”, *Revista de Derecho...*, pgs. 83-114.

²⁸ En el año 2008, el catedrático de oncología y director de la Fundación para la Educación y Formación en Cáncer (FEFOC), Jordi ESTAPÉ, afirmaba que “dos de cada diez mujeres que han sufrido cáncer de mama padecen discriminación laboral después de tratarse de la enfermedad” (vid. noticia en *La opinión.es*, Tenerife, 15-1-2008, en <http://www.laopinion.es/sociedad/3014/23-enfermas-cancer-mama-sufre-discriminacion-laboral/123410.html>, y en *El mundo.es*, <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2005/640//1132959603.html>).

²⁹ DOCE de 24 de febrero de 2010.

³⁰ <http://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?id=155858>

En España el baremo aprobado por *Real Decreto 1971/1999*, de 23 de diciembre, de *Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía*, no se refiere a estas dolencias ni a otras relacionadas con el dolor. Sin embargo, los brotes o recaídas más agudas de la enfermedad, que generalmente cursa con brotes intermitentes o que provoca recaídas reiteradas, son una importante causa de absentismo femenino, determinando inevitablemente una nueva causa de vulnerabilidad en el empleo – femenino –. Sin embargo, la intersección del género y la enfermedad no se encuentra bajo el paraguas de la protección reforzada que dispensaría la figura de la multidiscriminación o discriminación múltiple en el incipiente estadio de construcción de esta, básicamente porque aún precisa de elaboración dogmático-científica.

Ello no exceptúa la necesidad de profundizar en esta idea, de la mano del concepto de discapacidad asociada a la enfermedad crónica, respecto a las dos dolencias seleccionadas, o bien desde el planteamiento más clásico de la prevalencia de ciertas enfermedades entre las mujeres como elemento de exclusión laboral.

Es decir, si el desvalor social que acompaña a algunas o la mayor parte de las mismas, provoca el rechazo en el ámbito del trabajo, por ejemplo, ya sea en su acceso, bien sea en una situación más habitual y común como la extinción de la relación laboral, ante la imposibilidad de compatibilizar los síntomas y manifestaciones de la enfermedad con las exigencias de esta. Esto, debido a la inexistencia de respuestas legales y convencionales que sirvan para hacer frente a las disfunciones o interferencias sobre la capacidad para el empleo dentro de los parámetros estándares de medición de rendimiento y rentabilidad empresarial.

Esta tesis se enmarca en el art. 27 *LO 3/2007*, en el que se dispone la integración del principio de igualdad en la política de salud³¹, especialmente en lo relativo a la mujer, y la prevención de su discriminación, en el marco de la educación sanitaria y la investigación científica, en particular, respecto al ámbito laboral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo (art. 27.3).

³¹ 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.

También desde el plano del fomento y la tutela, en el *IV Plan de Igualdad entre Hombres y Mujeres 2003-2006*³² ya se fijaba como objetivo prioritario la mejora de las condiciones de salud de las mujeres mayores y/o discapacitadas. Su apartado cuarto se centró en el área de promoción de la calidad de vida de las mujeres, el favorecimiento de la inclusión social de aquellas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad (4.1), así como de la promoción de igualdad a través del acceso a la protección social. Se establecía (2.1.9) precisamente en la necesidad de colaborar con los agentes sociales y económicos, para que, en sus planes de formación permanente, introdujeran estrategias de negociación que permitieran la promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, en los convenios colectivos. Situándose, por tanto, como los instrumentos más idóneos para introducir medidas que favorezcan la igualdad de oportunidades del colectivo analizado, y de evitar su salida del mercado de trabajo, ya sea pensionada en el mejor de los casos o bajo la mayor desprotección (en el supuesto de no resultar tributaria de una prestación por incapacidad permanente)³³.

3. INTERVENCIÓN LEGISLATIVA: UE Y ESPAÑA

3.1. Actuación legislativa

La Comisión Europea asumiendo la necesidad de reflejar en las políticas sanitarias el factor diferencial del sexo y su impacto sobre la salud, estableció un *Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010* con inclusión de la perspectiva de género, que ha sido reemplazado por la *Estrategia para la igualdad*

³² http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IV_Plan_Igualdad_Hombre_Mujeres_2003-2006.pdf

³³ Asimismo, en el plano de las empresas individualmente consideradas, el mismo plan propone en su punto 2.1.12 la realización de “foros y encuentros, con el fin de analizar y difundir las buenas prácticas existentes, orientadas a mejorar la situación de las mujeres en el empleo”.

*entre mujeres y hombres 2010-2015*³⁴, así como una *Carta de la Mujer, 2010*³⁵, que, si bien no incluye entre sus contenidos la salud laboral, sí lo hace con el acceso a la atención sanitaria, en el contexto del respeto a la dignidad e integridad de las mujeres y la erradicación de la violencia de género. Y del mismo modo se situó como objetivo del programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008), atajar las desigualdades en materia de sanidad.

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 determinante clave de la salud, y reconoce la importancia de atajar las desigualdades que puedan existir entre estados miembros, atendiendo a los factores determinantes de este tema, ligados a aspectos sociales y económicos. 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. No obstante que la posterior Comunicación por la que se aprueba la *Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015* incluye las “cuestiones de género en el ámbito de la salud”, dentro de la línea general “dignidad, integridad y fin de la violencia sexista”. Y

³⁴ Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones de 21 de septiembre de 2010, *Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015* [COM(2010) 491 final – no publicada en el Diario Oficial]: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0037_es.htm.

³⁵ Comunicación de la Comisión de 5 de marzo de 2010 titulada «Un compromiso reforzado en favor de la igualdad entre mujeres y hombres-Una Carta de la Mujer: Declaración de la Comisión Europea con motivo del Día Internacional de la Mujer 2010 en conmemoración del 15.º aniversario de la adopción de la Declaración y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Pekín, y del 30.º aniversario de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer» [COM(2010) 78 final - no publicada en el Diario Oficial]: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0033_es.htm

tratándose de la *Directiva 2004/113/CE* del Consejo, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro (amparada en el art. 13 del *Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea*), respecto a los servicios públicos y privados de salud y a su cobertura (v.g. aseguramiento privado)³⁶, sí obtuvo el necesario respaldo; y por ende, supuso la introducción de la perspectiva de género en el aseguramiento de esta.

La promoción del conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y el fortalecimiento de políticas en este sentido, dada la especial carga peyorativa derivada de la confluencia del género con los problemas de esta índole, se convirtió en una de las prioridades del *Plan de Calidad para el sistema nacional de salud* del Ministerio de Sanidad y Política Social (estrategia 4, “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”)³⁷. Sin embargo, se trata de un problema que permanece invisible³⁸, aunque se trate de un colectivo cuantitativamente significativo pese a constituir una minoría³⁹.

³⁶ La Directiva prohíbe, en principio, la utilización del sexo como criterio en el cálculo de primas y prestaciones con fines de seguros y otros servicios financieros en todos los nuevos contratos que se celebren después del 21 de diciembre de 2007. La Comisión juzga discriminatoria la práctica de las compañías de seguros consistente en distribuir a las mujeres y a los hombres en grupos distintos para el cálculo de las primas, debido a que no incurren en los mismos riesgos, considerando en particular su esperanza de vida. No obstante, los Estados miembros pueden decidir no aplicar esta prohibición en aquellos casos en los que el sexo sea un factor determinante en la evolución del riesgo a partir de datos actuariales y estadísticos pertinentes, exactos y a disposición del público. Cinco años después de la transposición de la Directiva, los Estados miembros podrán revisar la justificación de tales excepciones, atendiendo a los datos actuariales y estadísticos más recientes. No obstante, todos los Estados miembros deberán garantizar que los costes de seguro relacionados con el embarazo y la maternidad (por ejemplo para el seguro de enfermedad) se atribuyen de igual forma a los hombres y a las mujeres.

³⁷ http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e_pnc02.htm#o1

³⁸ LINARES, M.D. “El proyecto del plan de acción de mujeres con discapacidad: protección frente a la violencia”: <http://www.congresofekoor.org/pdf/articulo10.pdf>

³⁹ IGLESIAS, M. *Violencia y mujer con discapacidad*. España: Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (IES), 1998, pg. 5: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/mujeres/violenciaymujerdiscap.pdf> Según señala el Ministerio de Trabajo, en España el 58% de las personas discapacitadas son mujeres. Vid. *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999-INE*, Fundación ONCE e IMSERSO.

En esta línea, la *Ley Orgánica 3/2007*, de 22 de marzo, *para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres* (LOI), en su art. 27 vino a disponer la integración del principio de igualdad en la política de salud, 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).

Lo anterior, supuso la introducción de diversas adaptaciones de la legislación sanitaria, así tenemos el caso de la *Ley 14/1986*, de 25 de abril, *General de Sanidad*, LGS – que en su art. 18, apartados 1, 4, 9, 14, 15 y 17, alude a: 1) una educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres en la educación sanitaria, amén de la formación contra la discriminación de las mujeres; 2) la obligación de atender a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres en la prestación de productos terapéuticos; 3) la atención especial al acoso sexual y al acoso por razón de sexo dentro de la salud laboral; 4) la formación específica en el tratamiento de la violencia de género; 5) la investigación científica sobre las diferencias entre mujeres y hombres; y 6) la desagregación por sexos de los datos médicos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica, que permita el análisis de género –, o bien, la *Ley 16/2003*, que parte del principio de no discriminación por razón de sexo en las actuaciones sanitarias – art. 2 a –; afirmación innecesaria desde el art. 14 de la *Constitución española* (CE), no así desde la visibilidad de la cuestión y de su planteamiento como medida de fomento y concienciación; la atención especial a los riesgos y necesidades específicas de las mujeres en la atención a la salud laboral – art. 11.2 g –; la atención al género entre los grupos de riesgo o con atención especial – art. 12.2 f –; la inclusión de la perspectiva de género en las actuaciones formativas – art. 34 e –; la investigación sobre las especificidades de género o de mujeres y hombres – art. 44 f –; la desagregación por sexo de los datos contenidos en el sistema de información sanitaria, acerca de las prestaciones y cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, lo cual requiere de la adaptación de los indicadores y requerimientos técnicos para integrar dicha perspectiva en el análisis – art. 53.2 y 3 –; o también respecto al específico de la salud de mujeres y hombres en los informes emitidos por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud – art. 63, redactado por el artículo 19 de la *Ley 15/2014*, de 16 de septiembre, *de racionalización del Sector Público y otras Medidas de Reforma Administrativa* –.

Y es que la transversalidad de género implica ir más allá de la proscripción de las discriminaciones indirectas, a las que apela el art. 3.4 de la LGS, así como el art. 6.2 (ambos introducidos por la D.A. 8.^a LO 3/2007), para acomodar la atención sanitaria a las especificidades de género, pues solo así se da una respuesta eficaz a la discriminación indirecta. De esta manera la dimensión de género puede penetrar en uno de los factores prioritarios de las políticas públicas: la sanidad, inclusive la laboral. Este plus requiere de un concienzudo trabajo de investigación previo para sentar las bases de tal especialidad, bajo la premisa general, establecida en el art. 21.1 de la ley española citada, de integrar la perspectiva de género en la actuación sanitaria en el ámbito específico de la salud laboral⁴⁰.

En la misma senda, la *Ley 16/2003* parte del principio de no discriminación por razón de sexo en las actuaciones sanitarias – art. 2 a –, innecesaria afirmación desde el art. 14 CE, no así desde la visibilidad de la cuestión y de su planteamiento como medida de fomento y concienciación.

Los citados son criterios orientativos generales, fijados por la legislación española, que han de guiar las distintas políticas sanitarias, públicas y privadas. No obstante, no introducen mecanismos específicos que permitan una traducción más directa de la perspectiva de género, y que dejan en manos de los distintos sujetos implicados la buena voluntad de llevarlos a término, pues no existe mecanismo coercitivo claro que garantice su efectividad. Desde el punto de vista de la administrada, resulta difícil sostener la existencia de un derecho perfecto, al menos en el marco de la legislación sanitaria reseñada, a un tratamiento singularizado por razón de género; y, por consiguiente, que pueda fundar una reclamación por incumplimiento determinante de discriminación indirecta, aún a la luz del art. 14 CE, para obtener la responsabilidad administrativa por el mismo.

⁴⁰ Este es precisamente el sentido del art. 18 (apartados 1, 4, 9, 14, 15 y 17), al aludir a: 1) una educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres en la educación sanitaria, amén de la formación contra la discriminación de las mujeres, 2) la obligación de atender a las necesidades diferencias de mujeres y hombres en la prestación de productos terapéuticos; 3) la atención especial al acoso sexual y al acoso por razón de sexo dentro de la salud laboral; 4) la formación específica en el tratamiento de la violencia de género; 5) la investigación científica sobre las diferencias entre mujeres y hombres; y 6) la desagregación por sexos de los datos médicos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica, que permita el análisis de género.

En consecuencia, nos movemos en el terreno de las desiderata. El fenómeno no es exclusivo del derecho español: por el contrario, la contradicción entre teoría y práctica en el *gender mainstreaming* en materia de salud es un discurso común en otros países occidentales⁴¹, atribuible a diversos factores, especialmente su desvinculación de las agendas sociales y la creciente privatización de la sanidad, obviando que constituye parte ineludible de la equidad y la justicia social.

Si analizamos cómo se ha introducido el *mainstreaming* en la política sanitaria en España, podemos tomar como buena muestra de ello el *Plan estratégico de igualdad de oportunidades 2014-2016*⁴², que afirma literalmente que, la respuesta diagnóstica y tratamiento diferencial de mujeres y hombres muestra una tendencia a la medicalización de la vida de las mujeres, no solo por su peor salud percibida sino también por otras cuestiones, y el diseño de las políticas y servicios de salud que tienden a intervenir, en mayor medida, en la salud de las mujeres.

Reconociendo la peor salud de estas, o que el consumo diario de tranquilizantes supera al de los hombres en todas las edades... (pgs. 102-103). Tras anunciar el propósito de reforzar la perspectiva de género en las políticas de salud, sorpresivamente pasa a centrarse únicamente en el consumo de sustancias adictivas y los hábitos alimentarios⁴³. Resulta cuanto menos llamativo que los

⁴¹ RAVINDRAN, T.K.S. y KELKAR-KHAMBETE, A. “Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward”, *Global Public Health*, pgs. 121-142. Número especial: *Gender inequity in...* pgs. 121-142.

⁴² <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/PEIO/docs/PEIO2014-2016.pdf>.

⁴³ En concreto, se proponen las siguientes líneas de actuación: Promoción de la igualdad en las políticas de salud y bienestar social, así como impulso de políticas específicas de salud y calidad de vida de las mujeres. Las medidas propuestas son las siguientes: 124. Promoción de la generación de conocimiento sobre la salud, apoyando la investigación y difusión de información especializada. 125. Recogida de información desagregada por sexo y edad en los sistemas de información sanitaria y de los servicios sociales y análisis de datos. 126. Elaboración de indicadores singulares de la salud en las mujeres. 127. Elaboración de publicaciones especializadas sobre la salud en las mujeres. 128. Campañas de sensibilización y formación de profesionales y personal de los servicios sociosanitarios, para el intercambio de buenas prácticas sobre la salud de las mujeres. 129. Acciones de estudio, formación e información sobre salud laboral y la prevención de los riesgos laborales de mujeres, incidiendo en las características de sus condiciones de trabajo, con la finalidad de detectar y de prevenir sus causas, la protección, promoción y mejora de la salud laboral. 130. Desarrollo del Plan de

principios anunciados, en los que se condensa la transversalidad de género, se limiten a considerar como área prioritaria los hábitos adictivos y alimentarios. Sin despreciar el evidente interés que significa para la tutela de la salud femenina, la pregunta sería: ¿es casual la elección de estos aspectos para dibujar un mapa de la salud femenina que parece proyectar una imagen de perfil bajo de la mujer y sus necesidades reales más acuciantes? En esta misma línea se sitúa el apartado 136, en el que se subraya la pertenencia de las mujeres a colectivos en riesgo de exclusión (inmigrantes, con discapacidad, mayores y transexuales), además de las citadas en el número 133 (viudas, gitanas, con discapacidad). Evidentemente, se trata de supuestos expuestos a potencial discriminación múltiple, pero no pueden ser los únicos puntos de atención de esta pretendida dimensión de género.

Por otro lado, en el ámbito de la salud laboral, se proponen “acciones de estudio, formación e información sobre salud laboral y la prevención de los riesgos laborales de mujeres, incidiendo en las características de sus condiciones de trabajo, con la finalidad de detectar y de prevenir sus causas, la protección, promoción y mejora de la salud laboral”.

Desde el plano crítico, a manera de conclusión, podrían señalarse como importantes ausencias las siguientes:

Acción 2013-2016 de la Estrategia Nacional sobre Drogas, dando prioridad a las acciones, para la prevención del abuso de sustancias, teniendo en cuenta la mayor prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en mujeres. 131. Promoción de un sistema de calidad en los programas de detección y prevención de cánceres, según lo acordado en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud. 132. Desarrollo de acciones y programas específicos en materia de salud alimenticia de las mujeres, con especial atención a la prevención de la anorexia y la bulimia. *Promoción de programas de salud y bienestar social con mujeres en situación o riesgo de exclusión social* Las medidas propuestas son: 133. Incorporación en las políticas de salud y asistencia social, de pautas que atiendan a las especificidades de mujeres en situación o riesgo de exclusión social o con dificultades singulares (mujeres viudas, gitanas, mujeres con discapacidad, y otras situaciones). 134. Transmisión de conocimiento, recursos metodológicos, y experiencia acumulada a los equipos directivos de los centros penitenciarios, para promover la mejora de la situación social de las mujeres privadas de libertad. 135. Promoción del acceso a los tratamientos entre las mujeres consumidoras de drogas, mejorando la captación activa desde los servicios sanitarios, sociales y educativos y adaptándolos a las necesidades específicas de las mujeres. 136. Promoción de la formación de profesionales de los equipos de atención primaria del ámbito sanitario y de los servicios sociales, sobre la salud de las mujeres inmigrantes, mujeres con discapacidad, mujeres mayores y mujeres transexuales.

1. Quedan especialmente afectados los espacios de salud pública, pero no en igual medida los privados (sanidad privada).
2. Se introducen criterios orientativos generales que han de guiar las distintas políticas sanitarias, públicas y privadas. Sin embargo, no se regulan derechos perfectos de carácter individual, ni, por tanto, cabe fundar una reclamación por incumplimiento determinante de discriminación indirecta, aún a la luz del art. 14 CE.
3. La protección en materia de salud laboral prima el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, al menos en la *Ley General de Sanidad*, olvidando otros factores de especificidad de género, si bien la Ley 16/2003 cubre tal laguna, al incluir la atención especial a los riesgos y necesidades específicas de las mujeres en la atención a la salud laboral (art. 11.2 g), con la consiguiente descoordinación entre ambas normas.
4. La atención a ciertas enfermedades feminizadas no recibe un tratamiento específico, al menos en esta legislación general, más allá del campo de la investigación. Esto conlleva la ausencia, hoy por hoy, de medidas concretas para atender ciertas enfermedades que tienen un sesgo claro de género, o que tienen especial prevalencia sobre la mujer, ya que tales criterios, aún orientativos, abarcan la estadística, la formación y la investigación, pero no la aplicación de una prestación diferenciada (al margen de la alusión a las terapéuticas en la LGS).

En general, se trata de modificaciones que dan sentido declarativo y promocional a la ley, pero que precisan de un desarrollo específico que las dote de contenido y de eficacia real. V.g. en materia de estadística, si no se dota del aparato técnico y humano que permita llevar a cabo un análisis diferenciado o más exhaustivo, y se limita a ampliar el trabajo y funciones de los equipos existentes hasta ahora, o, en el campo de la investigación, que precisa de la necesaria dotación de infraestructura y ayuda pública, en el marco de la financiación de I+D, para el desarrollo de las pertinentes investigaciones.

3.2. Acción positiva y salud

Aunque en este plan estratégico no se prevé, desde la perspectiva preventiva y en el contexto de la atención sanitaria o del sistema público de salud, la atención específica que debe darse no solo a la salud de la mujer en general sino en particular al acoso sexual y al acoso por razón de sexo, la *Ley Orgánica 3/2007, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres*, establece en sus arts. 27 y 48, la protección, promoción, estrategias y medidas específicas para prevenir esos aspectos en el trabajo.

Por otra parte, la disposición adicional quincuagésima tercera de la *Ley General de Seguridad Social*, aprobada por *Real Decreto Legislativo 1/1994*, de 20 de junio (LGSS), que introdujo la *Ley 39/2010, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011*, extiende la protección por contingencias profesionales a un régimen fundamentalmente conformado por mujeres: el Régimen Especial de Empleados de Hogar, lo que supone un avance en esta línea. En igual sentido, la reducción de cuotas que la Disposición Adicional Quinta de la *Ley 39/2010* previó para los supuestos de cambio de puesto de trabajo por riesgo durante el embarazo y la lactancia⁴⁴, que predica también de otros supuestos de movilidad funcional por contingencias profesionales (por enfermedad profesional). Sin embargo, ninguna de ellas plantea una política global de atención a la salud laboral femenina, ni los postulados de la LOI han tenido concreto reflejo en acciones específicas para materializar esa atención particularizada en el marco de la política de prevención de riesgos laborales.

Por otro lado, el informe de análisis de impacto normativo de la *Ley General de Salud Pública* de 4 de junio de 2010 analizaba la calidad de vida y de salud por géneros, concluyendo que todas las intervenciones incluidas en el anteproyecto

⁴⁴ Literalmente el precepto reza: “en los supuestos en que, por razón de riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, la trabajadora, en virtud de lo previsto en el artículo 26 de la *Ley 31/1995*, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sea destinada a un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado, se aplicará, con respecto a las cuotas devengadas durante el período de permanencia en el nuevo puesto de trabajo o función, una reducción, a cargo del Presupuesto de la Seguridad Social, del 50 por ciento de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes”.

de *Ley General de Salud Pública* benefician por igual a hombres y mujeres además de contribuir a reducir sus desigualdades. Se trata, sin embargo, de un análisis según el criterio de la neutralidad, que, por tanto, se queda en fórmula de estilo. Tanto es así que la *Ley 33/2011*, de 4 de octubre, *General de Salud Pública*, dedica sus arts. 32 a 34 a la cuestión laboral. No obstante, no se hace alusión alguna a la perspectiva de género.

Y ello aun cuando la *Ley Orgánica 3/2007* admitiera las medidas de acción positiva de carácter nacional, que se declaran compatibles con el principio de igualdad de trato regulado en su art. 5 (arts. 11 y 60 en lo que respecta al empleo público), y singularmente en sus arts. 17.4 y 43 en cuanto se refiere al ámbito de la empresa privada, y mediante la negociación colectiva. El art. 17.4, que autoriza el establecimiento de medidas de acción positiva a través de aquella, no se refiere en particular a las condiciones de trabajo, ni tampoco a la salud, lo que no excluye su legitimidad. Pero queda en el ámbito de la actuación privada (convenios colectivos, pactos de empresa, prácticas de empresa), la integración efectiva de esa perspectiva.

Ahora bien, pese a los mandatos de la *LO 3/2007*, el impacto sobre la negociación colectiva se sigue limitando, además de su recepción formal y fijación de compromisos al respecto, a la regulación de las figuras destinadas a la conciliación de la vida personal, familiar y profesional, asociadas al género femenino, y por tanto, reguladas en clave de igualdad, aunque desligadas de la prevención de los riesgos laborales. Aunque, utilizando el criterio de la oportunidad, si se observa el capítulo de la gestión del tiempo de trabajo en clave de género como medida para facilitar la conciliación de vida privada y profesional, y se extrapolan sus contenidos a las necesidades específicas de las empleadas que precisan de dicha flexibilidad para (o también para) finalidad distinta, como es la armonización del trabajo con los problemas o limitaciones derivadas de su condición de salud, podría actuarse también en el campo de esta. No obstante, esta negociación no se encuentra en esta línea, y por tanto el margen de actuación es también ciertamente limitado si se quiere hacer uso de los contenidos negociales, pues las figuras destinadas a su cobertura no obedecen, ni expresa ni indirectamente, a la promoción de la salud femenina, ni ofrecen margen a la interpretación flexible, al limitarse a la reserva de puestos para personas con discapacidad, algunas medidas para enfermos crónicos (en la

línea del sistema *bonus-malus* introducido en la gestión de la incapacidad temporal por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, MATEPSS, en la disposición adicional decimonovena de la *Ley 35/2010*, de 17 de septiembre), o el pase a segunda actividad en caso de reconocimiento de un grado de incapacidad permanente, situación a la que se refiere el *Documento de Revisión del Pacto de Toledo*, de 29 de enero de 2010⁴⁵, al prever el estudio de la ampliación de las incapacidades parciales y su combinación con medidas flexibilizadoras del trabajo en estos casos, medida que, de nuevo, tampoco se plantea desde una perspectiva de género.

Descartado este instrumento, ¿qué sucede con la jurisprudencia? La jurisprudencia comunitaria sí ofrece una alternativa viable, que encaja perfectamente en la legislación española vigente. Cuestión que se tratará más adelante.

4. EL ACOSO DE GÉNERO COMO RIESGO PARA LA SALUD Y SU ATENCIÓN PRIORITARIA EN LA LEGISLACIÓN ANTIDISCRIMINATORIA

4.1. El trabajo, espacio para la violencia con sesgo de género

La mujer encontró en el siglo XX un nuevo ámbito de sometimiento: el mundo del trabajo. Convenientemente diluido en esa supuesta jungla que algunos identifican con las relaciones laborales, para justificar la perversión de las relaciones interpersonales más allá del puro conflicto de intereses consustancial al empleo en la conformación marxista de la lucha entre el capital y el trabajo, aflora con frecuencia el sometimiento masculino de la mujer, que por esta vía encuentra un caldo de cultivo propicio para su expansión.

El trabajo se convierte, así, en un espacio cualificado para la violencia de género – y expresamente lo reconocieron algunas leyes autonómicas, como es el caso de la gallega *11/2007*, de 27 de julio, *para la Prevención y el Tratamiento Integral de la Violencia de Género*, o de la catalana *5/2008*, de 24 de abril, *del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista* –. Un espacio donde perpetuar

⁴⁵ <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/128563.pdf>.

la tradicional relación de dominación, y donde la búsqueda de la autonomía femenina choca con la de la reafirmación masculina, provocando reacciones de tipo agresivo cuando la aceptación de este orden de cosas – en definitiva de la construcción patriarcal del mundo – encuentra la natural resistencia de la lucha femenina por ocupar su puesto en la sociedad, y en particular, en el mundo del trabajo, que pueden acabar conformando, por reiteración en el tiempo, un resultado devastador en la salud mental de la mujer.

Advertida dicha realidad por nuestros legisladores, primero por el comunitario – *Directiva 2002/73/CE*, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, 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 anteriores⁴⁶]⁴⁷ –, y luego por el español – *Ley Orgánica 3/2007*, de 22 de marzo, *para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres* –, amén de otras normas de ámbito autonómico, se han introducido vías de actuación contra la misma, calificable como verdadero riesgo laboral.

Esta nueva realidad legislativa suscita dos órdenes de cuestiones: la suficiencia de las medidas legales introducidas, por una parte, y la aplicación efectiva y recepción de las mismas por los agentes sociales a través de los mecanismos que correspondan (v.g. negociación colectiva).

⁴⁶ 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.

⁴⁷ En esta línea se aprobó por el Parlamento Europeo el 20 de junio de 2007 la Decisión n.º 779/2007/EC por la que se estableció para el periodo 2007–2013 un programa específico para prevenir y combatir la violencia contra los niños, jóvenes y mujeres, así como para proteger a las víctimas y grupos de riesgo, conocido como programa Daphne III.

Estamos solo ante los primeros cimientos de un gran edificio por construir: la lucha contra la discriminación por razón de género en una de sus manifestaciones, la más violenta, tanto en sentido abstracto como en sentido literal, dentro del mundo del trabajo.

Desde esta base ha de integrarse en la política de prevención de riesgos laborales la perspectiva de género, y así viene ordenado por la *LO 3/2007*, lo que significa que esta deberá estar presente en el análisis de los factores de aquellos, lo que, *a priori*, nos sitúa ante un amplio abanico de factores integrables en la preceptiva evaluación de riesgos laborales: a) doble presencia o dobles jornadas de las mujeres – especialmente por razón del cuidado de la familia –; b) mayor precariedad laboral – salarial, de estabilidad en el empleo, y de promoción profesional incluso –; c) devaluación del valor de su trabajo y de su consideración profesional; d) machismo arraigado, fuente de la mayor parte de los factores citados, que se manifiesta en forma de “micromachismos” conformando un conjunto global definitivamente ofensivo para las mujeres que trabajan.

4.2. Acoso de género: acoso sexual y acoso por razón de sexo, conceptos convergentes y no sinónimos

La Directiva 2002/73/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, supuso la elevación a categoría jurídica de la especialidad del acoso en función del sexo de la víctima⁴⁸, partiendo de la especial probabilidad e incidencia de que este sea infligido contra una mujer por motivos discriminatorios basados en su sexo o género.

Esta protección reforzada viene de la mano de la equivalencia legal entre acoso y discriminación por razón de sexo, de acuerdo con las categorías ya conocidas en el derecho comunitario de discriminaciones directa e indirecta.

Así, la Directiva, como ya hiciera en 1992 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – para la ejecución de la *Convención sobre la*

⁴⁸ Aunque no constituya un texto específico en materia de acoso ambiental por razón de sexo, debe citarse 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.

Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 –, respecto de la violencia de género, al definir el acoso por razón de sexo como una discriminación, lo que implica que sean de aplicación todas las garantías que tutelan a la trabajadora frente a esta. Se trata de una definición similar (salvo la alusión al rechazo o sumisión de la víctima)⁴⁹ a la que se realiza en el art. 2.3 de la *Directiva 2000/78* en relación con otras causas de discriminación (raza, orientación sexual, etc.).

Finalmente, la ya aludida *Directiva 2006/54*, por la que se refunden las anteriores, sobre no discriminación por razón de sexo en el trabajo, y su mandato, fueron transpuestos al ordenamiento español por la *Ley Orgánica 3/2007*, de 22 de marzo, *para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres* (en adelante LOI), para darle una mayor amplitud respecto de las medidas a adoptar para frenar la aparición de situaciones constitutivas de acoso, o para ponerle fin cuando ya hayan tenido lugar.

Antes de examinar las posibles herramientas de tutela, conviene realizar algunas consideraciones acerca del propio concepto de acoso basado en el género:

A) Acoso laboral por razón de sexo

El acoso laboral por razón de sexo se define como el acoso sexual. En el art. 7 de la *LO 3/2007*, de 22 de marzo, *para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres*, se establece que: “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”.

El concepto, compartido con la definición del acoso y en particular la definición legal del “acoso discriminatorio”, se centra en la combinación de dos

⁴⁹ Según subraya LOUSADA AROCHENA. “El acoso moral por razón de género”, *Aranzadi Social...*, pgs. 64-65, sigue subyaciendo 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.

factores: a) un motivo de orden discriminatorio que “mueve” una conducta; b) las características de la conducta, consistente en atentar contra la dignidad de una persona y crearle un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”. Como no podía ser de otro modo, se dejan atrás definiciones a-legales tomadas de la psicología y que han llegado a pervertir incluso la redacción de los protocolos de actuación contra el acoso y los convenios colectivos que regulan la cuestión – estos exigen como requisito del comportamiento no tolerado ni querido por la ley la sistematicidad de la conducta constitutiva de acoso y, en particular, una periodicidad determinada, que además se sitúa en una cifra incluso cuantificada [una auténtica barbaridad desde el punto de vista legal y de tutela de derechos, sin duda a desterrar de nuestras relaciones laborales y de los códigos de conducta, protocolos, planes de igualdad, y otro tipo de instrumentos dirigidos a la protección de trabajadores y trabajadoras frente a este tipo de agresiones en el trabajo], concretamente de seis meses, llegando incluso a exigir una cadencia de una actitud hostil por semana –. Ciñéndonos al concepto legal y tutelar, estamos ante una situación de acoso, cuando por parte de una, varias o un colectivo de personas, se aplica dicho trato a otra u otras con el resultado de atentar contra su dignidad, y haciéndole sentir intimidada/o y degradada/o; poco importa si ello sucede una vez por semana, dos, tres, o cada ocho días. Sencillamente el dato periódico deviene irrelevante, siéndolo por el contrario que la situación no tenga carácter ocasional, sino permanente, y que se pueda entender alcanzado el efecto humillatorio (por humillante) o intimidatorio, exigibles a partir del rosario de ofensas ya consumadas contra la víctima y por el carácter o dimensión de estas. Por tanto, lo relevante es analizar en cada caso qué entidad y de qué carácter son las situaciones sufridas por la víctima, para evaluar su consideración como constitutivas de acoso y activar la protección a posteriori, cuando otro tipo de herramientas preventivas no hayan tenido como efecto evitar que se materialice esa situación, es decir, cuando esta ya no tiene remedio, entendida como evitación, pero sí cabe ponerle fin y reparar sus consecuencias. Es en este momento donde entran en juego los protocolos anti-acoso.

Cuando la situación descrita viene acompañada del elemento de la motivación discriminatoria y por tanto podemos calificarla además de acoso como discriminatorio, debe concurrir a la hora de realizar la calificación o valoración pertinente, el móvil discriminatorio, lo que significa analizar no en sí la motivación personal del acosador(a), sino la concurrencia del factor social diferencial en la

víctima y el contenido de las conductas que le han sido aplicadas, o la situación humillante o intimidatoria en la que se le ha situado. En este terreno se ubica el acoso por razón de sexo, que se convierte en el móvil de la discriminación o la cualidad o característica de la víctima que ha despertado en el/los acosador/es las conductas constitutivas de acoso.

El acoso discriminatorio por razón de sexo se caracteriza, pues, porque el sexo de la víctima constituye en sí el motivo de tal, en su proyección al género y por tanto no únicamente a unos rasgos propios del sexo, sino de los estereotipos sociales que se le asocian (LOUSADA AROCHENA)⁵⁰, por lo que la denominación más ajustada a esta configuración sería la de “acoso por razón de género”⁵¹. No obstante, también debe matizarse que los rasgos físicos propios del sexo femenino sí son objetivo a menudo de las actuaciones en las que se manifiestan las situaciones de acoso (y se traducen en muchas ocasiones en ataques verbales a la víctima, en comentarios rayanos incluso en el de tipo sexual, pero en otros casos, remarcando supuestas carencias físicas como la fuerza, que se atribuyen en tal contexto al hombre y se utilizan para denigrar a la mujer).

Por ello, en realidad el sexo se convierte en ocasiones de manera disociada en la causa y al mismo tiempo el contenido del acoso (y por tanto, residiendo en exclusiva o bien en el género o bien en el sexo de la víctima, pero dentro del ámbito de la figura del acoso por razón de sexo), y en otras aparece indiferenciado, de forma que se convierte en tarea casi imposible distinguir cuándo se traspasa la frontera del uno al otro.

En términos llanos, el acoso por razón de sexo es aquel que se identifica con las situaciones humillantes e intimidatorias contra una/s trabajadora/s por la

⁵⁰ LOUSADA, J. F. “*El acoso moral por razón de género*”, *Aranzadi Social...*, pg. 65.

⁵¹ Según ha indicado el Tribunal Constitucional en diversos pronunciamientos (SSTC 182/2005, de 4 de julio, FJ 4; 214/2006, de 3 de julio, FJ 3; 17/2007, de 12 de febrero, FJ 3; y 233/2007, de 5 de noviembre, FJ 6, y, el último de los mismos, la de 21 de julio de 2008, dictada en el recurso de amparo núm. 6595-2006, FJ 3), “este tipo de discriminación no comprende solo aquellos tratamientos peyorativos que encuentren su fundamento en la pura y simple constatación del sexo de la persona perjudicada. También engloba estos mismos tratamientos cuando se funden en la concurrencia de condiciones o circunstancias que tengan con el sexo de la persona una relación de conexión directa e inequívoca”.

sola razón de ser mujer. Por consiguiente, la trabajadora es objeto de acoso por ese hecho, y las distintas situaciones y escenarios en los que se sitúa a la víctima tienen que ver con tal condición.

Tanto en entornos tradicionalmente masculinos como en aquellos en donde se ha extendido de manera progresiva y rápida la incorporación de la mujer al mundo laboral, el hombre dominante se siente amenazado ante su presencia, y la exterioriza de forma violenta – a veces más abierta, y otras más encubierta o indirecta –. Este rechazo y desprecio, sean cuales sean las intenciones confesadas o no por el acosador, es el que caracteriza al acoso, de suerte que no toda molestia infligida a una mujer tiene que calificarse por razón de sexo.

En esta línea, podría considerarse discriminación por razón de género aquella que tuviera lugar en relación de conexión con otra causa de discriminación (entonces se hablaría de una de tipo múltiple), o bien, con otra causa no protegida a tales efectos, en concreto, la enfermedad, cuando esta fuera eminentemente femenina o feminizada, v.gr. fibromialgia.

Y, por las mismas razones expuestas, puede descartarse en principio que la figura de acosador sea ocupada por alguien del mismo sexo que la víctima: en otras palabras, que en estos casos, *a priori*, aquel siempre será varón. Aunque, si se nos plantea el supuesto adicional, el acoso contra quien no se ajusta a los estereotipos de su género, en este caso el masculino, no cabe descartar que la figura del acosador también sea femenina.

En cuanto a la elección del término, acoso por razón de sexo, se separa del más genérico concepto adoptado legislativamente en España – y que cuenta con el consenso social, amén de su consagración en el derecho Comunitario – de “género”, que excluye las connotaciones sexuales, para centrarse en exclusiva en las derivadas directamente de roles femeninos o atribuidos a la mujer (así, todos aquellos supuestos residenciados en la faceta maternal de la mujer), y señala a la connotación sexual a efectos de calificar el acoso. En cualquier caso, aunque en la práctica pueden aparecer diluidos o confundidos, es decir, referidos tanto a su sexo como a los roles que se le atribuyen en la sociedad, la ley ha optado por acoger la primera de las acepciones, y por ello se refiere al “acoso por razón de sexo”.

Sin embargo, sin duda esta opción provoca en la práctica, seguramente como consecuencia de tal desacertada opción legislativa, una confusión entre el acoso sexual y el acoso por razón de sexo⁵².

⁵² Véase un ejemplo en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla), sala social, sentencia núm. 119/2010, de 19 de enero, en la que se mantiene lo siguiente: “En esta definición se contiene una referencia suficientemente clarificadora de los *elementos definitorios del acoso sexista, que lo diferencian del sexual, en primer lugar por la necesidad de repetición o sistematicidad*. También se hace referencia a elementos comunes con el acoso sexual, los resultados en términos laborales, ya que degradan sus condiciones de trabajo, y finalmente se refiere al ámbito de realización, el de organización y dirección de un empresario. (...) En fin en el acoso sexista o acoso por razón de sexo, el objetivo del acosador no es sino la manifestación de su desprecio por las mujeres, la desconfianza en sus capacidades y el valor social secundario que en su opinión estas deben seguir ocupando; y en el fondo, en la motivación de dicho comportamiento no existe, o no existe solo, o no existe predominantemente, un deseo sexual sino una finalidad de dominio o de afirmación de poder. La ofensividad constituye uno de los elementos calificadores más relevantes del concepto de acoso en sus dos modalidades, al que en el supuesto de acoso sexual se une inseparablemente el de indeseabilidad, es decir, el acoso sexual se configura como una violación del derecho a la dignidad pero también como una violación del derecho de libertad de la víctima de tal forma que una parece inexistente sin la concurrencia de la otra. En otras palabras, en el acoso discriminatorio, junto con el derecho de igualdad, el acoso sexista se concibe esencialmente como violación del derecho a la dignidad, mientras que en supuesto el acoso sexual se configura como una violación simultánea del derecho a la dignidad y a la libertad de la víctima de tal forma que una parece inexistente sin la concurrencia de la otra”. Obsérvese que, pese a efectuar la distinción anterior, a continuación e interpretando los hechos juzgados, concluye que efectivamente se trata de un acoso por razón de sexo cuando el acosador pretendía la compañía de la víctima y por tanto, sus intenciones se acercaban más al acoso sexual: Regresando a los hechos probados, estimamos, como ya dijimos, que *los mismos constituyen un acoso por razón de sexo* del trabajador despedido hacia la persona de Doña Ascensión, su compañera de trabajo, *consistente en un comportamiento reiterado, intimidatorio, consistente en asaltos a su vehículo, a su domicilio, seguimientos, esperas, mensajes reiterados por diversos medios, todo para imponerle una relación, en atención a ser mujer, que la víctima no deseaba, había rechazado y le había solicitado el cese de esta conducta, en reiteradas ocasiones*. La conducta reiterada del recurrente consistente en no dejarla en paz, imponerle su presencia, “asaltarla” tanto físicamente como por todos los medios de comunicación posibles (cartas, teléfono, móvil, sms, emails) constituye un acoso por razón de sexo pues la ofensividad de esas actuaciones el recurrente-acosador es consciente (...) sabe, porque la víctima le manifestó tanto expresa como implícitamente, que le resultaban ofensivas por intimidatorias y a pesar de ello ha insistido en su actuación (lo que de otro lado constituye una muestra de la existencia de intencionalidad acosadora) y además, respecto de esas actuaciones concretas que obran al inicio de este fundamento, el acosador debiera saber (y lo sabe...) que resultan ofensivas dada su gravedad (imposición de su presencia a toda hora y por cualquier medio, con alusiones sexuales, que provocan ansiedad e intimidación a la víctima) y las circunstancias concurrentes (la víctima está “cautiva” en un puesto de trabajo

A partir de la ley 3/2007, se habla de una figura cualificada de acoso discriminatorio por razón de sexo, por lo que ya se recoge la especificidad del mismo, ya que es indudable que el acoso, específicamente el que tiene lugar en el contexto laboral, cuando se ejercita contra una mujer suele acompañarse de rasgos típicamente sexistas, e incluso, acercarse a la figura del acoso sexual en el trabajo – derecho protegido por el art. 4.2 e) del *Estatuto de los Trabajadores*, en adelante ET –, y ser constitutivo de discriminación (por ello se califica explícitamente como discriminación por razón de sexo⁵³, derecho asimismo garantizado por el art. 17.1 ET), como resultado de la equiparación legal entre ambas que realiza de manera directa la ley.

B) Acoso laboral por estereotipos de género

El acoso basado en el sexo de la víctima puede también imponerse por otras razones distintas del sexo femenino, por ejemplo, en los supuestos en los que el acosado es un hombre que no responde a los estereotipos masculinos (v.g. el hombre feminizado o afeminado), o en situaciones de transexualidad (cfr. Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, STJCE, [hoy Unión Europea, STJUE] de 30 de abril de 1996), al basarse en los de género, merecen ser encuadrados dentro de la protección por razón de género o de sexo.

En esta línea encaja la lectura de los correspondientes preceptos, tanto de la *Directiva 2002/73/CE*, como del art. 7 LOI, que no matiza y reserva la tutela para el sexo femenino, sino que, por el contrario, se refiere al “sexo de una persona” (“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 su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo”), por lo que cabe admitir que en este cambio de escenario, y siendo

al que debe acudir diariamente, haciendo imposible eludir al acosador e incluso participa el letrado del acosador, vid. HP 4º. 10º). Por el contrario, el auto del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 17 de junio de 2010), describe el acoso por razón de sexo como “situación reiterada y mantenida en el tiempo, dirigida a menospreciar, humillar y desacreditar a la demandante por el solo hecho de ser mujer”.

⁵³ Esta calificación no es nueva en el Derecho comparado, donde ya existía tal equiparación con anterioridad en muchos casos. Cfr. Ley venezolana *sobre la violencia contra la mujer y la familia*, de 3 de septiembre de 1998.

igualmente causa de la discriminación no el propio sexo, pero sí su percepción por parte del autor del acoso (pues la discriminación se basa en la supuesta falta de correspondencia del sexo de la víctima con los estereotipos que se le asocian), podría resultar igualmente aplicable la figura estudiada.

C) Acoso sexual

El acoso sexual, tipificado como delito en el art. 184 del *Código Penal* español, constituye una modalidad específica de acoso o violencia psicológica conocida desde antaño, y desde siempre con autonomía propia. En términos legales, el concepto es el siguiente (art. 7.1 *LO 3/2007*):

Sin perjuicio de lo establecido en el *Código Penal*, a los efectos de esta ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Al venirse acuñando recientemente esta otra categoría genérica, puede entenderse incluido dentro de la misma. Con frecuencia estas conductas vienen asociadas al “tipo” general del acoso. Y no es inhabitual que la reacción negativa propia del acosador sexual en el ámbito del trabajo adopte las formas propias del acoso genérico, en cuyo caso podría responder también en esta segunda fase al tipo del art. 173 C.P. (delito contra la integridad moral).

El elemento diferenciador de ambas situaciones y delitos viene constituido por el componente sexual, pero se manifiesta en el resto de comportamientos de igual manera, pues ambos consisten en un hostigamiento continuado, intimidante y humillante para la víctima. La motivación y la finalidad son distintas, pero la conducta constitutiva del hostigamiento o asedio psicológico puede ajustarse a idénticos parámetros: descrédito profesional, humillación laboral, etc., aunque puede apuntarse que en nuestra realidad cotidiana predomina, en función de que la víctima sea de uno u otro sexo, una tendencia más hacia el desprestigio personal o profesional (víctima hombre) o hacia la ridiculización sexista o sexual, o utilizando criterios de esta índole (víctima mujer y acosador hombre).

4.3. Prevención del acoso como forma de discriminación

A tenor de la normativa comunitaria (*Directiva 2006/54*), el acoso basado en un motivo discriminatorio, como en el caso analizado, el género constituye en sí discriminación, y como tal resulta tutelada con las garantías específicas previstas para el restablecimiento del equilibrio alterado por la intervención de esta modalidad. Pero sin duda lo que busca el ordenamiento jurídico, la sociedad en sí misma y la justicia en particular es mantener ese equilibrio, o, en una sociedad dominada por el machismo estructural, buscar el equilibrio, que solo puede perseguirse evitando la ruptura de esa armonía pretendida. Y por tanto, la herramienta más poderosa es la prevención. Como quiera que nos situamos en el ámbito del trabajo remunerado, esa herramienta preventiva no es otra que la prevención de riesgos laborales, sí resulta igualmente patente la relación intrínseca entre discriminación y riesgos de trabajo, entre discriminación y salud, al resultar constatable: a) la calificación del acoso como forma de discriminación; b) la calificación del acoso como riesgo laboral; c) el efecto de la discriminación sobre la salud mental; d) la calificación del efecto de la discriminación como riesgo laboral. En consecuencia, la prevención de riesgos es el instrumento idóneo al que asociar la política frente a la discriminación laboral en el ámbito de las relaciones laborales, y sirve al mismo tiempo para reforzar el haz de cauces legales previstos para garantizar la efectiva igualdad. En definitiva, la aproximación de la política de prevención de riesgos a la lucha contra la discriminación, cuyo potencial no se explora ni se explota debidamente, debiera ser objeto de una mayor atención que permitiera a su vez beneficiarse de las ventajas o beneficios de la política sanitaria pública. A la postre, se trata de la dimensión privada de la sanidad pública con perspectiva de género. Sin embargo, lamentablemente se desaprovechan de facto las potencialidades de este instrumento de la lucha por la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

5. LA POSIBILIDAD DE PREVER LA DISCRIMINACIÓN EN TANTO QUE RIESGO LABORAL

5.1. ¿Es prevenible la discriminación en materia de salud?

La previsibilidad de la discriminación permite actuar preventivamente. Pero, ¿es previsible la discriminación? Analizada como riesgo laboral, la doctrina conviene en una respuesta afirmativa tanto desde la perspectiva de los derechos derivados del contrato de trabajo – art. 4.2 e) ET, que reconoce el derecho a la consideración debida a la dignidad del trabajador/a, constituyendo infracción laboral muy grave los actos empresariales contrarios a tal derecho, ex art. 8.11 del texto refundido de la *Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social* – como desde la prevención de los riesgos laborales, y *de facto* esta es la tesis que guía la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad social española y se refleja en el Criterio técnico 69/2009 – sobre las actuaciones de la *Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Materia de Acoso y Violencia en el Trabajo*⁵⁴ – . Dicho criterio, siguiendo las recomendaciones de la OIT (2003) recogidas en el *Repertorio de Recomendaciones sobre Violencia en el Trabajo en el Sector Servicios*, y la legislación española y comunitaria ya citada, deriva responsabilidades del incumplimiento de la obligación tanto laboral como preventiva prevista en el art. 48 de la *Ley Orgánica de Igualdad*.

Ahora bien, este marco normativo se refiere a una concreta forma de discriminación que afecta a la salud: la que actúa en forma de violencia en el trabajo (acoso discriminatorio o acoso sexual). Respecto de otros tipos de discriminación, la tutela legal se diluye. La realidad analizada pone de manifiesto la existencia de ciertos instrumentos de actuación que no han sido debidamente utilizados para garantizar la transversalidad de género en el tratamiento de la salud, reservado siempre su análisis diferencial para los factores puramente biológicos, especialmente los relativos a la procreación (esto es, a la propia capacidad de procreación – climaterio y menopausia – y al embarazo y la maternidad). Y ha provocado que aún, hoy día, siga siendo una cuestión no integrada en las políticas de salud laboral, ancladas en la perspectiva proteccionista en tanto que

⁵⁴ http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/docs_criterioTecnicoInspeccionTrabajo.pdf

“colectivo especialmente sensible” por razones estrictamente biológicas⁵⁵, y por tanto, centradas en el embarazo y la maternidad (en el marco del artículo 26 LPRL, que atiende en exclusiva al factor reproductivo y biológico de la maternidad)⁵⁶.

Identificado el origen pluricausal de la precariedad de la salud femenina, y su interacción conjunta con los de origen laboral, la conclusión, desde el punto de vista de la prevención de riesgos, es clara, pero la actuación preventiva es altamente compleja. Lo cierto es que, como se ha podido comprobar, la salud femenina se encuentra afectada por múltiples factores asociados a roles y a estereotipos de género, así como al uso de patrones supuestamente neutros, y en realidad androcentristas, en el propio diseño de los mecanismos de prevención de los riesgos de trabajo. Y, si bien reorientar los segundos, con su enorme complejidad, es competencia de la política de salud laboral, los primeros se escapan de dicha disciplina, puesto que se sitúan en diversos espacios jurídicos, todos ellos ajenos a la prevención de los riesgos. Así, y sin alejarnos del campo del trabajo y su regulación, el derecho antidiscriminatorio, considerando que los factores (de riesgo) indicados se identifican con micro discriminaciones, dentro y fuera del puesto y de la organización, la política de conciliación de la vida (personal), familiar y laboral (campo este con múltiples aproximaciones posibles, desde dentro de la legislación laboral y en concreto la regulación de las condiciones de trabajo y en particular el tiempo de trabajo, y desde otras vertientes, como las políticas familiares), la organización de la empresa, el sistema de clasificación profesional y las condiciones salariales, la promoción profesional y otras condiciones, o la propia política de empleo (desde el acceso al empleo hasta las condiciones de terminación del contrato de trabajo, incluyendo el trabajo a tiempo parcial). Múltiples son las posibles (y necesarias) aproximaciones, desde el ámbito de los derechos laborales y desde la disciplina preventiva.

⁵⁵ Según afirma VOGEL, L. *The gender workplace...*, pg. 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 “este repentino interés por la biología femenina se limita únicamente a la maternidad”.

⁵⁶ Incluso bajo el anuncio de análisis desde “la perspectiva de género” siguen encontrándose el mismo tipo de planteamientos, basados exclusivamente en la maternidad y el hecho biológico.

5.2. Medidas para garantizar la transversalidad de género en la salud laboral

De manera sistemática, pueden citarse como campos necesariamente integrados en dicha transversalidad de género en la salud laboral los siguientes:

1. Integración de la perspectiva de género en la evaluación de los riesgos laborales.
2. Integración de la perspectiva de género en la adopción de medidas preventivas.
3. Conciliación del trabajo con los problemas de salud crónicos en el marco de la discapacidad, al amparo de la legislación de promoción del trabajo de las mujeres con discapacidad, o en el ámbito de la negociación colectiva.
4. Adaptación de condiciones de trabajo, y en particular, del tiempo de trabajo.
5. Integración de la atención a las secuelas de la violencia de género en la salud laboral.
6. Acoso y riesgos psicosociales.
7. Conciliación de la vida familiar y laboral. Aunque no se trata de una cuestión a la que se preste una atención integrada explícitamente en la política preventiva, no cabe duda de que puede interactuar con esta, y por tanto, debiera considerarse este ítem como factor de riesgo para la salud femenina.

Algunas de ellas merecen un ulterior desarrollo:

- a) Integración de la perspectiva de género en la evaluación de los riesgos laborales

La visibilización de los rasgos propios de la salud laboral requiere su integración obligatoria en los planes de prevención de riesgos, que supondría un inigualable progreso desde la perspectiva de género. Para ello, es preciso que su visibilización como factor de riesgo aflore en la evaluación, condicionado por el propio diseño de la herramienta evaluadora.

La observación de las herramientas de medición al uso permite constatar que algunas incorporan ya la perspectiva de género. Es el caso de ISTAS (<http://www.istas.net/>)⁵⁷, que reconoce explícitamente que “en las evaluaciones se deben incluir indicadores que evidencien las posibles diferencias de género. Esto raramente se hace”. A partir de aquí ¿cómo se actúa para garantizar la integración de esta perspectiva en la evaluación de riesgos? Con recomendaciones⁵⁸.

¿Se ofrece a continuación alguna herramienta específica? La respuesta es negativa. Utilizando como ejemplo el cuestionario de riesgos laborales en hospitales diseñado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT⁵⁹, precisamente un ámbito feminizado⁶⁰, se comprueba la ausente consideración del factor que se analiza.

Por el contrario, una adecuada política preventiva y sanitaria debiera ahondar en aspectos específicos de riesgo, que constituyen precisamente factores

⁵⁷ Vid. otras herramientas a las que remite la Agencia Europea de Salud en el Trabajo, https://osha.europa.eu/es/topics/oira/index_html.

⁵⁸ “Las siguientes son ejemplos de preguntas que pueden ser pertinentes: ¿Qué ocurre cuando las mujeres ocupan puestos de trabajo diseñados sobre un patrón supuestamente neutro que es, en realidad, masculino?, ¿Se tiene en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres cuando se suministran herramientas y equipos de trabajo?; y ¿Hace falta utilizar indicadores biológicos diferenciales, que contemplen las alteraciones de la menstruación? También debería evaluarse si existen riesgos relacionados con acoso sexual, segregación y dificultad para promocionarse, discriminación salarial o exigencias en cuanto a imagen o comportamiento, que afecten a las mujeres. Además, cuando se identifica un riesgo y se diseñan medidas preventivas, a menudo no incorporan las necesidades de las mujeres. Incorporar criterios para poder valorar y ofrecer soluciones a estos problemas de salud, no solo es un avance para mejorar las condiciones de trabajo de las mujeres, también implica el reconocimiento de las personas que están detrás de cada puesto de trabajo, humanizando la técnica y poniéndola al servicio de las trabajadoras y los trabajadores”.

⁵⁹ <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/HERRAMIENTAS%20PRL/Cuestionarios/las%20lesiones%20de%20espalda%20en%20hospitales/Lesiones%20Espalda%20Hospitales.pdf>

⁶⁰ La pregunta 49 se refiere al volumen de los pesos manipulados en cada caso (inferiores a 15 kg, o entre 15 y 25 kg, y, en caso afirmativo, la altura a la que debe manejarse el peso y levantar los brazos). En este caso se considera cuánto peso se levanta, pero no cuánto tiempo, aunque sí cuántas veces durante la jornada.

de discriminación: salarios, prolongación de la jornada sin retribución⁶¹, participación en la toma de decisiones, en los puestos directivos o de relevancia en las organizaciones donde prestan servicios, precariedad laboral, compensaciones laborales, temor a la pérdida del empleo con ocasión del embarazo o la maternidad, “exigencia del trabajo” (trabajar muy rápido, atender varias tareas al mismo tiempo, y tener plazos muy estrictos), “falta de autonomía”, “falta de apoyo social de los compañeros”, etc.

b) Integración de la perspectiva de género en la adopción de medidas preventivas

La talla, peso y características físicas de la persona a la que van destinados los equipos de protección individual, o que debe manipular los equipos, herramientas y útiles de trabajo, debería formar parte del propio diseño de todos ellos y en todo caso de las instrucciones de su utilización, escapando de parámetros universales de neutralidad que ignoran la diversidad femenina.

c) Conciliación del trabajo con los problemas de salud crónicos en el marco de la discapacidad

Existen herramientas orientadas a la evaluación de los riesgos laborales de las personas con enfermedades crónicas, como es la que facilita el INSHT⁶². Esta herramienta (y su aplicación informática)⁶³ permite detectar esas necesidades especiales – mujeres en gran proporción –, y diseñar estrategias de adaptación adecuadas en el marco de la salud laboral.

⁶¹ Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo de 2011 (pg. 42), prolongan la jornada sin compensación económica los hombres en un 16,3% y las mujeres en un 17,1%, mientras los casos en los que la prolongación siempre es compensada invierten el resultado: 15,9% en hombres, y 11,1% en mujeres. Por sectores, se resalta que exceden habitualmente la jornada sin compensación frecuentemente entre el personal docente (33,9%), los profesionales del derecho, las ciencias sociales y las artes (28%), los técnicos (24,1%) o los empleados administrativos (19,6%).

⁶² <http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Cuestionarios/Ficheros/Cuestionario%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

⁶³ <http://calculadores.insht.es:86/CuestionariosPST/EnfermedadesCronicas.aspx>

En el caso del instrumento del INSHT, se trata de un cuestionario que recoge las fases del comportamiento laboral de la enfermedad, a través de distintas preguntas acerca de las condiciones mientras el/la trabajadora ocupa el puesto, cuando se ausenta y cuando retorna al mismo.

El *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad* incluía en sus objetivos: 2) promover la incorporación en el mercado de trabajo de mujeres con discapacidad, inactivas y desempleadas; 3) adecuar las políticas de empleo a la situación de doble discriminación; y 4) promover el acceso de las mujeres con discapacidad al empleo público. Estas medidas orientadas a la inserción laboral de dicho colectivo, tanto en el empleo privado como público, destacan especialmente, por su capacidad de traslación a la negociación colectiva y aplicabilidad a ambos colectivos, el de discapacitadas y el de enfermedades crónicas no discapacitadas, los siguientes:

- Apoyo a la implantación de premios que incentiven a las empresas a adoptar medidas de acción positiva para las mujeres con discapacidad que disminuya la diferencia entre sexos en general y en especial dentro del colectivo de personas con discapacidad.
- Promoción del teletrabajo para mujeres con discapacidad, ofreciendo programas de formación adaptados a las necesidades según el tipo de discapacidad.
- Fomento de la flexibilidad de las jornadas laborales para ambos progenitores con el fin de favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Estudio de las actitudes del empresariado y en el entorno laboral, en relación con la contratación de mujeres con discapacidad.

En particular, debe subrayarse uno de los principales problemas que afecta a todos los trabajadores y en particular a las mujeres por igual: la gestión del tiempo, que tanto por empleadas discapacitadas como por aquellas que sufren enfermedades crónicas o secuelas, se apunta como la mayor dificultad ante la que se encuentran en sus itinerarios laborales cuando estos se cruzan con las interferencias propias de la enfermedad.

La dificultad de conciliar las exigencias del trabajo con las limitaciones que sus dolencias les provoca, ya sean permanentes o de manera intermitente, determinan en muchos casos el recurso a la baja médica como solución de urgencia – ante situaciones de intensificación de los síntomas, brotes o recaídas –, y única alternativa a la ausencia de otras más idóneas en las que se permita jugar con el tiempo de trabajo o la forma de organización. En estos casos, se apunta como se indicaba en el ya citado *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad*, a la fórmula de flexibilidad de los tiempos de trabajo y al teletrabajo.

Como ya se ha dicho, según el estudio realizado por el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo en mayo de 2009, titulado *Mujer y trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de metodología de encuesta*⁶⁴, a cargo de Z. VERDEJO (INSHT), y tomando como referencia los riesgos prevalentes en las mujeres trabajadoras (musculoesqueléticos consecuencia de los factores de carga física), sobresalientes en los dos grandes sectores de actividad: industria y servicios, se concluye que precisamente las mujeres tienen menos libertad de decidir cuándo toman vacaciones y menor posibilidad de modificar la distribución de sus pausas, tratándose del segundo sector; mientras que en el primero, el factor predominante es la falta de disponibilidad sobre la organización y método de trabajo. Es decir, quienes tienen porcentualmente mayores dificultades para gestionar los tiempos de trabajo a fin de conciliarlos con la vida privada (fundamentalmente familiar), también los tienen para tomar decisiones en ese sentido en el seno de las empresas para las que prestan servicios.

Por otra parte, la introducción de instrumentos de flexibilidad de la jornada permitiría no favorecer los criterios masculinos tradicionales de medición de la calidad del trabajo, como el presentismo (criterio masculino), frente a la eficacia (criterio femenino). Estos instrumentos resultan idóneos para evitar la exposición de riesgos para la salud de las trabajadoras que padecen enfermedades de larga duración o discapacidades, permitiéndoles combinar más cómodamente horarios, organización del trabajo, etc., que eviten que el padecimiento les gane la partida por la vía de la precariedad laboral.

⁶⁴ http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/MUJER%20Y%20TRABAJO_INDICADORES%20DE%20DESIGUALDAD.pdf

En este ámbito, el colectivo integrado por las mujeres que padecen fibromialgia, síndrome de fatiga crónica u otras enfermedades de prevalencia o incidencia femenina, como el cáncer de mama, se enfrentan a verdaderas dificultades derivadas del vacío legal. Sin duda, la negociación colectiva puede jugar un importante papel para colmar esta ausencia, pese a que la confluencia de género y enfermedad no ha encontrado aún un hueco en la negociación colectiva, aun con las más recientes llamadas a la misma en cuestiones de salud laboral de la mujer o las que el propio Parlamento Europeo ha realizado – respecto de la específica problemática de las enfermas de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, patología predominantemente femenina que une a su propia invisibilidad la de ser una enfermedad feminizada y por tanto se impregna de mayor invisibilidad social –. La ausencia de sensibilidad, en este sentido, no favorece este clima de recepción del problema y de búsqueda de soluciones.

Debe destacarse la virtualidad de dos instrumentos en los que también la ley centra su atención, que merecen potenciarse más allá de lo que literalmente les concede: en primer lugar, y de forma complementaria a los convenios colectivos, los planes de igualdad como instrumento para introducir el análisis y orientación de género en cualesquiera políticas empresariales y del conjunto de los trabajadores y sus representantes (todos ellos afectados por igual), así como para implementar las que se consideren oportunas para garantizar la igualdad efectiva, y, del mismo modo, para vehicular esos protocolos de actuación en materia de acoso sexista a los que igualmente alude la ley. En segundo lugar, la evaluación de riesgos laborales y su prevención, tanto para empresas que cuenten o deban contar con plan de igualdad, como para algunas otras, como herramienta idónea de integración de la perspectiva de género en la salud laboral, mediante la inclusión del “riesgo de género” en la evaluación de riesgos de trabajo, y, como consecuencia, en las medidas preventivas también orientadas bajo el mismo prisma.

No obstante, algunas de las fórmulas ya existentes para conciliar vida familiar y laboral, así como aquellas dispuestas en ciertos convenios colectivos para armonizar el padecimiento de enfermedades crónicas, o bien, de otras de carácter transitorio o sus secuelas, resultan perfectamente extrapolables a la situación vivida por estas trabajadoras, lo que aconseja su reorientación a esta nueva figura a incorporar a los convenios colectivos, simplemente bajo la ampliación de las

situaciones a las que se destina, y por tanto, del concepto de vida privada que les da soporte a esta otra condición relacionada con la salud (y el género igualmente).

Por lo que respecta a la introducción de *cláusulas que faciliten el trabajo de las mujeres con enfermedades o discapacidades*, en la negociación colectiva vigente se observa una acusada tendencia a la confusión de la cuestión con la *recolocación* de discapacitados o incapacitados para el trabajo (*de nuevo patrón masculino tradicional*). La incidencia de la disminución de resistencia física por enfermedad crónica o “pérdida de eficiencia”, patologías sin declaración de incapacidad o enfermedad que no permita realizar el trabajo habitual, o las razones médicas que interfieran de forma sobrevenida en el normal desarrollo de la actividad, son situaciones especiales previstas en algunos convenios colectivos, generalmente de corporaciones públicas, para facilitar la función de las personas que los padecen. Es también el caso de aquellos que prevén medidas de movilidad funcional ante situaciones de incapacidad temporal a fin de evitar la agravación de la enfermedad, o simplemente por motivos de salud.

En particular, interesa destacar aquellos convenios que reservan puestos de trabajo a enfermos crónicos, que, aunque pocos, sí existen – o bien establecen reserva de puestos protegidos, como el convenio de la empresa Mercedes Benz España, SA, 2003-2006 –. Otras medidas más ligadas a la prevención de riesgos laborales – art. 25 LPRL –, como la adaptación del puesto de trabajo o, en su defecto, la movilidad funcional, se vinculan a la condición de persona discapacitada, aun cuando esta pueda tener carácter transitorio, y por tanto, se disponga el retorno al anterior puesto de trabajo – caso de la empresa Nissan Motor –. Por otra parte, la adaptación del trabajo a las capacidades de las personas que padecen enfermedades crónicas o no incapacitantes se instrumenta en algunos convenios según el criterio de asignación de puestos según capacidades, lo que en algunos casos exige la creación de mapas de actividades compatibles.

Algunas de estas fórmulas resultan ejemplificativas de las posibilidades que ofrece la negociación colectiva, no suficientemente exploradas en lo que respecta al colectivo analizado, para permitir a las mujeres que padecen enfermedades (tales como las citadas fibromialgia o síndrome de fatiga crónico) una mejor adaptación al mundo del trabajo bajo condiciones menos discriminatorias. El mayor obstáculo, sin duda, viene constituido por las facultades directivas

empresariales y su resistencia a posibles interferencias por parte de sus empleados⁶⁵.

5.3. Adaptación de condiciones en caso de enfermedades crónicas feminizadas: tutela antidiscriminatoria derivada de su incumplimiento

En este ámbito es esencial la doctrina sentada por la ya citada *STJUE de 11 de abril de 2013, asuntos acumulados C-335/11 y C-337/11*, y su precedente *STJUE de 11 de julio de 2006, Chacón Navas (C13/05, Rec. p. I6467)*, a tenor de la cual este principio es aplicable a la adaptación de las condiciones de trabajo para lograr la adecuación de estas a la persona, equiparando “ajustes razonables” con “adaptación del trabajo a la persona”.

La sentencia citada, dictada por el TJUE el 11 de abril de 2013, equipara las enfermedades crónicas o de larga duración que provoquen limitaciones con la discapacidad a los efectos de la aplicación del art. 5 de la *Directiva 78/2000*, pero también de las obligaciones preventivas empresariales derivadas del principio de adaptación del trabajo a la persona.

La sentencia en cuestión entiende que debe dispensarse el mismo trato a una enfermedad diagnosticada médicamente como curable o incurable que acarrea una limitación, derivada de dolencias físicas, mentales o psíquicas, “cuando esta condición, al interactuar con diversas barreras, pueda impedir la participación plena y efectiva de la persona en la vida profesional en igualdad de condiciones con los demás trabajadores”.

Esta condición es el soporte, pues, del deber empresarial de adoptar medidas de ajuste adecuadas y razonables que permitan no solo el acceso al empleo sino el desarrollo profesional, mencionando explícitamente que estas medidas no solo se refieren a adaptaciones “físicas” del puesto, sino que, y esta es la importante novedad, pues la asimilación a la enfermedad crónica ya se apuntaba

⁶⁵ FALGUERA, M. A. *La flexibilitat contractual en la negociació col·lectiva de Catalunya: especial anàlisi del temps de treball y les Competències organitzatives de l'empresari*. ESADE, Fórum de Relaciones Laborales, Barcelona, 2009. Disponible en http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/NOVEMBRE_Miquel_Falguera3.pdf

en la jurisprudencia anterior del mismo tribunal, también pueden abarcar la de reducción de la jornada, dentro de las adaptaciones del tiempo de trabajo. Así pues, más allá del concepto de discapacidad, la relevancia de esta resolución estriba en la incorporación de un nuevo matiz en la concreción de las medidas idóneas para compatibilizar problemas de salud (con discapacidad o sin ella) y trabajo; y garantizar la estabilidad en el empleo de las personas que los padezcan, consistente en entender como ajuste razonable la reducción de la jornada para adaptarla a la capacidad laboral de personas que, como consecuencia de una dolencia crónica, no pueden ofrecer una jornada completa.

En concreto, dos son las opciones que la resolución citada menciona expresamente como contenidos de la obligación establecida en el art. 5 de la *Directiva 2000/78*:

1) la obligación de adoptar “medidas adecuadas, es decir, medidas eficaces y prácticas para acondicionar el lugar de trabajo en función de la discapacidad, por ejemplo adaptando las instalaciones, equipamientos, pautas de [tiempo de] trabajo, asignación de funciones o provisión de medios de formación o encuadre”, y 2) que tales medidas pueden abarcar la de reducción de la jornada de trabajo, dentro de las adaptaciones del tiempo de trabajo a las que se refiere como pautas de trabajo, que interpreta como “pautas de [tiempo de] trabajo”.

La STJUE de 11 de abril de 2013 permite concluir que, en supuestos de acreditada enfermedad crónica que pudiera provocar un desvalor social o dificultades de integración laboral, la persona que lo padezca estaría legitimada para exigir a la empresa la reducción de la jornada si esta medida es adecuada para garantizar dicha integración o ejecución de trabajo, en condiciones de salubridad, o inclusive, otro tipo de medida adaptativa con los mismos fines.

Esta configuración del derecho analizado se orienta a la continuidad de la relación de trabajo, lo que supone que las situaciones comprendidas serían las de reducción de capacidad laboral sobrevenida y no tanto al acceso al empleo – esta es la situación fáctica analizada en ambos casos: la sobrevenida de un dolor crónico que exige la adaptación de las condiciones ante la claudicación al dolor que suponía la exposición a la carga dorsolumbar del trabajo durante una jornada completa –.

Esta decisión plantea algunas cuestiones en su aplicación interna:

- a) ¿Una enfermedad crónica puede en sí misma, y cuando médicamente se aconseje un cambio de condiciones de trabajo, justificar la necesidad de adaptación de condiciones de jornada, horario, ergonomía, puesto, etc.? Con el art. 25 LPRL en la mano y el genérico deber preventivo del art. 14 LPRL – así como el Texto Refundido de la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social* (LGDPD), interpretado a la luz de la jurisprudencia comunitaria, de acuerdo asimismo a la doctrina relativa al efecto directo del derecho (y acervo) comunitario sentada en las sentencias dictadas en los asuntos 26/62 *Van Gend en Loos*, 6/64 *Costa/ENEL* y 106/77 *Simmenthal* –, la respuesta es afirmativa. Pero la pregunta tiene otra vertiente, cuál es el alcance de la obligación empresarial de realizar estas adaptaciones. La interpretación mantenida en esta sentencia significa que, concurriendo la posibilidad de que las limitaciones en cuestión impidan la participación plena y efectiva de la persona en la vida profesional, la persona afectada por la misma se encuentre legitimada para exigir el cambio a la empresa, que únicamente podrá hacer valer en contra la imposibilidad técnica o excesiva carga que le supone realizar la modificación. Y, lo que es más relevante, cabe entender que esta carga se advierte a priori como no excesiva si se considera la opción de la reducción de jornada, en tanto que esta en nuestro ordenamiento jurídico no cuenta con carga económica alguna, pues lleva aparejada una proporcional reducción salarial, aunque en todo caso deba ser el juez nacional quien haya de determinar si efectivamente se da esta circunstancia. Un plus en esta reflexión debería conducir a valorar si sería adecuado, conveniente u oportuno, desde la protección integral a la salud, que esta reducción de jornada deba obtener una cobertura económica que garantice efectivamente su aplicación por parte de la persona afectada por la limitación funcional, y no condicione su ejercicio a una decisión de oportunidad o conveniencia económica, y consiguiente renuncia al mismo, por parte de trabajadores/as con salarios escasos – en la coyuntura económico-social actual; la mayoría, por otra parte, y muy limitada también la capacidad financiera del sistema para soportar una nueva prestación social –.
- b) En el terreno de las medidas adaptativas más idóneas, puede sostenerse que cabrían no solo la reducción de la jornada, a la que alude la STJUE citada, sino otras igualmente adecuadas al fin pretendido, cuya determinación debe entenderse

queda al arbitrio de la empresa, dentro de los márgenes de la recomendación terapéutica esgrimida por la persona solicitante. A tal efecto, la propia *Directiva 78/2000* dispone que, para determinar si las medidas en cuestión dan lugar a una carga desproporcionada, deberían tenerse en cuenta, particularmente, los costes financieros y de otro tipo que estas impliquen, el tamaño, los recursos financieros y el volumen de negocios total de la organización o empresa y la disponibilidad de fondos públicos o de otro tipo de ayuda.

Según establece el art. 5 de la Directiva, sobre «ajustes razonables para las personas con discapacidad», “la carga no se considerará excesiva cuando sea paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado miembro sobre discapacidades”. Esta vía de solución tiene escasa virtualidad práctica en el derecho español, aun cuando se recoja formalmente en el art. 66.2 LGDPD (literalmente se refiere a que “podrán establecerse”), atendida la insuficiencia real de este tipo de pautas para garantizar el mantenimiento del puesto de trabajo por parte de personas que, sin grado de incapacidad o discapacidad reconocido, no reúnen la aptitud psicofísica suficiente para hacer frente a las exigencias de aquel (v.g. personas con dolor o cansancio crónico), y que tampoco obtienen declaración de incapacidad permanente, especialmente bajo las condiciones de empleo que en la actualidad se están implantando en nuestras empresas, y considerando asimismo el factor de la ineptitud sobrevenida como causa de extinción objetiva del contrato de trabajo.

Pero a su vez, y al hilo de esta cuestión, la resolución comentada permite realizar otra lectura: la imposibilidad de acudir a una extinción contractual por causas objetivas, basada en la ineptitud sobrevenida, si cabe, dentro de los parámetros de la razonabilidad de la carga empresarial, realizar otra adaptación, inclusive la reducción de la jornada, bajo la sanción de nulidad por discriminación, con la Directiva 2000/78 y el Texto Refundido nacional, *Real Decreto Legislativo 1/2013*, de 29 de noviembre. Los elementos que permitirían llegar a tal conclusión y su relación de causalidad: a) negativa a realizar cambios que admitan mantener la continuidad del empleo, entre los que se encuentra la reducción de la jornada; b) directa consecuencia de tal negativa, la decisión extintiva; y c) el desvalor social que puede acompañar a una enfermedad crónica o a una situación de discapacidad con reconocimiento expreso, consistente en la creación de una barrera social determinante de una clara desventaja en la

vida profesional. Atendida la conformación del mercado de trabajo actual, no debe dejar de tomarse en consideración que la expulsión de este, bajo esta especial condición, situará al empleado(a) afectado(a) en una clara desventaja social. Desde esta misma perspectiva, cabe calificar como discriminatoria la decisión extintiva que soslaye la obligación anterior.

Lo cierto es que la configuración legal del derecho analizado a la adaptación de condiciones y el ajuste razonable de estas o del puesto de trabajo, en los términos interpretativos marcados por STJUE *Ring y Werge*, admiten la excepción de la legitimidad del objetivo cuando este viene marcado por la ley, por lo que la imposibilidad de cumplimiento del ajuste razonable sería compatible, a la luz de esta doctrina, con la regulación de la extinción del contrato por causas objetivas, si esta persigue un fin legítimo (la duda es si la norma busca el fomento del empleo o simplemente la “eficacia” de la empresa, y si este propósito cumple con el criterio exigido para su compatibilidad con el derecho a la igualdad de oportunidades, considerando que hasta el momento ese test parece haber sido superado en la jurisprudencia española).

- c) La enfermedad en cuestión puede ser cualquiera de las relacionadas con el dolor y la fatiga (fibromialgia, fatiga crónica), y con cualquier dolencia que provoque claudicación a un periodo concreto de exposición o trabajo, o simplemente algias localizadas o generalizadas provocadas por la sobrecarga sufrida en el empleo, que aconsejen reducir el tiempo de exposición, etc., siempre y cuando estas enfermedades, de carácter crónico, se ajustaran al criterio del riesgo discriminatorio o superaran el test de discriminación o la ausencia de plena igualdad de oportunidades. La cuestión que la distinción entre riesgos físicos y psicosociales plantea es si la excesiva exposición al estrés justificaría también esta medida, v.g. en casos de puestos con trato frente al público o que *per se* determinan una sobrecarga mental tras un tiempo determinado al cabo de la jornada, o la exposición a riesgos cardiovasculares que aconsejen reducir la carga, *ergo* la jornada, o prohibir la realización de horas extraordinarias o cualquier modo de prolongación de esta.

En el ámbito español, la aprobación oportuna tras la STJUE de 11 de abril de 2013, *Ring & Skouboe Werge*, e integradora de su doctrina, del Texto Refundido de la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social*

(por *Real Decreto Legislativo 1/2013*, de 29 de noviembre), permite realizar este salto cualitativo también respecto del derecho español y sin perjuicio de la automática integración del derecho comunitario en el nuestro, y de la necesaria interpretación de nuestra legislación a la luz del mismo y de la jurisprudencia del TJUE⁶⁶ y del TEDH; y en el ámbito social especialmente para fundar el recurso de casación para la unificación de doctrina *ex* art. 219.2 de la Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social. Ejemplo de ello es la recepción expresa del concepto de “discriminación por asociación” sentada en la STJUE de 17 de julio de 2008, asunto Coleman – así como en la STJDH Dordevic v. Croacia de 24 de julio de 2012 –, en el art. 2 e) de la norma española – discriminación por asociación: existe cuando una persona o grupo en que se integra es objeto de un trato discriminatorio debido a su relación con otra por motivo o por razón de discapacidad –, o del de ajustes razonables del art. 5 de la *Directiva 2000/78* – art. 2 m de la ley –.

Efectuando la aplicación de este marco legislativo a la enfermedad crónica, conforme se ha expuesto, la patología o limitación habría de cumplir el criterio de la discriminación, esto es, la exposición potencial de quien la padece al riesgo de discriminación, en los términos señalados por el acervo comunitario, situación de complejo contorno y difícil delimitación, más allá de las enfermedades más estigmatizadoras. Seguramente enfermedades que cursan con dolor y fatiga crónica, y que tienen prevalencia específicamente femenina que cumplan este criterio, en tanto el desvalor social y el riesgo de exclusión y discriminación viene determinado por el género de quien lo padece, como es el caso de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, en el que más de un 90% de los casos se da entre mujeres, lo que le añade una nota peyorativa que lo hace tributario de este riesgo, caracterizable como situación de discriminación múltiple⁶⁷; o en la más reciente resolución sobre el particular (STJUE de 18 de diciembre de 2014, *asunto Fag og Arbejde*, C354/13⁶⁸), por la que se asimila la obesidad (mórbida) a la discapacidad,

⁶⁶ ORDÓÑEZ, D. “La obligación de interpretar el derecho nacional de conformidad con el Derecho Comunitario Europeo”, *Boletín de Información*, n.º 1921, 2002, pg. 2329.

⁶⁷ Esta tesis ya fue defendida en otro trabajo anterior: RIVAS, P. “Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple”, *Revista de Derecho...*, pgs. 83-114.

⁶⁸ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=160935&doclang=ES>.

también en casos de obesidad grave⁶⁹. Respecto a España, hay que atenerse a la definición dada por el art. 2 a) de la ley, a tenor del cual es discapacidad:

(...) una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

El carácter abierto de la definición legal permite incluir en el supuesto tutelado las deficiencias, por tanto las secuelas previsiblemente permanentes que pudiera ocasionar una patología – sea esta o no crónica, en el sentido delimitado por la sentencia *Chacón Navas* o en los asuntos acumulados C 335/11 y C 337/11, *Jette Ring/ Dansk almennyttigt Boligselskab* y *Lone Skouboe Werge/ Dansk Arbejdsgiverforening*, respectivamente, conforme a las cuales se define como enfermedad diagnosticada médicamente como curable o incurable que acarrea una limitación, derivada de dolencias físicas, mentales o psíquicas, cuando esta condición, al interactuar con diversas barreras, pueda impedir la participación plena y efectiva de la persona en la vida profesional en igualdad de condiciones con los demás trabajadores –, que interactúan con cualquier tipo de barreras cuando estas incidan negativamente en su participación plena y efectiva en el ámbito del empleo en igualdad de condiciones.

Los efectos que cabe derivar del ejercicio de este derecho por parte de la persona trabajadora en semejante situación, ante este nuevo panorama legislativo-jurisprudencial que complementa el régimen jurídico de la recolocación de trabajadores con incapacidad permanente para el empleo, se despliegan en dos potenciales planos: por una parte, el del ajuste razonable y la adaptación de condiciones de trabajo para compatibilizar enfermedad y limitaciones con este y la permanencia en el mismo; y, por otra parte, las consecuencias de la negativa o de la falta de adaptación o ajuste razonable para la empresa. En el segundo de los ámbitos enumerados, las cuestiones que se plantean son varias, pero principalmente dos son los elementos que resultan necesarios subrayar. En primer lugar, estamos ante un incumplimiento de los deberes preventivos

⁶⁹ RIVAS, P. “¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral?” *Revista Iuslabor*: http://www.upf.edu/iuslabor/_pdf/2015-01/Rivas.pdf.

empresariales, que, en este sentido, determinarían responsabilidades respecto de un resultado lesivo para la salud, que tendría lugar si la falta de adaptación provocara un daño mayor a la salud como consecuencia, v.g. de la exposición al riesgo durante un periodo superior al aconsejable médicamente, esto es, durante una jornada completa y no la reducida recomendable, y con responsabilidades administrativas por el incumplimiento de la legislación preventiva, *ex* LPRL. En segundo lugar, la falta de adaptación o ajuste o acomodación razonable (deber empresarial⁷⁰), por una parte, constituye infracción sancionable en los arts. 80 y 81.1. b) de la LGDPD (aunque la Disposición adicional séptima se remite a la legislación especial, al establecer que las infracciones y sanciones en el orden social en materia de ... accesibilidad universal de las personas con discapacidad seguirán rigiéndose por la LISOS), y además lleva aparejado un plus de repulsa jurídica si como consecuencia de este incumplimiento la persona perjudicada queda afectada en la esfera de su derecho fundamental a la no discriminación en el empleo y se sitúa en el ámbito tutelado por la Directiva 78/2000 y la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad*, esto es, el de la discriminación, equiparando falta de ajuste razonable con discriminación⁷¹, o de discriminación múltiple, tratándose de mujer trabajadora. Ello significa que la empresa deberá demostrar, una vez judicializada la cuestión, que ha efectuado o intentado dar cumplimiento al deber de ajuste razonable en el sentido definido por los arts. 2 m) y 40.2 de dicha ley, es decir, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación, y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos. Entendiendo por “carga excesiva”, según lo previsto en el art. 40.2.2º, el resultado de ponderar su gravedad con el apoyo institucional o público, por tanto valorando coste económico (costes financieros), volumen de negocios total de la empresa y tamaño de la misma, y ayudas públicas que reduzcan el coste económico total. Y, conforme al art. 66.2, habrían de tenerse en cuenta asimismo en tal ponderación “los efectos discriminatorios que suponga para las personas con discapacidad su no adopción, la estructura y características de la persona, entidad u organización que ha de ponerla en práctica, y la

⁷⁰ HENDRIKS, A. C. “Discriminación por razón de discapacidad”: http://www.era-comm.eu/oldoku/Adiskri/07_Disability/2013_Hendriks_ES.pdf.

⁷¹ *Ib.* Pg. 11.

posibilidad que tenga de obtener financiación oficial o cualquier otra ayuda”. La ponderación de este coste final respecto de la capacidad financiera de la empresa es la que determinará si esta se encuentra capacitada para soportar el gasto que supone la adaptación necesaria, y por tanto, si le resulta jurídicamente exigible, equilibrando coste (tanto coste económico como organizativo, *STJUE Ring y Skouboe Werge*), y efecto discriminatorio que supondría su no adopción para la persona o personas afectadas. ¿Es compatible esta tesis con la verdadera tutela al derecho de igualdad de oportunidades de las mujeres en el ámbito del trabajo?

5.4. La integración de la atención a las secuelas de la violencia de género en la salud pública y en la salud laboral

5.4.1. Salud pública

Desde la perspectiva de la violencia de género, la propia Organización Mundial de la Salud afirma el carácter prevenible⁷² de la misma, por lo que del mismo modo sienta las bases obligacionales para los poderes públicos en la lucha contra su erradicación. También la *Declaración de Beijing*⁷³ y la *Declaración de Viena* sobre el programa de acción del derecho al desarrollo de 1993 (art. 41), singularizaban los derechos sanitarios de la mujer. Por su parte, la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, en su informe *Gender mainstreaming in surveys* incorporó parte de los objetivos de Beijing (informe que, por cierto, indica que no existe unidad autónoma ni en el INSHT ni en el Ministerio de Empleo para la realización de la estadística transversal y no meramente desagregada por sexos).

Ahora bien, desde la perspectiva sanitaria, la intervención ha de situarse en dos elementos: detección temprana (art. 15.1 *Ley Orgánica 1/2004*, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral frente a la Violencia de Género*) y atención singularizada a las víctimas (art. 15.2). Estos objetivos han de tener una específica

⁷² GARCÍA, C. (dir.) *Women's health and...*

⁷³ *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. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm#object1>

traducción en las políticas sanitarias y en las legislaciones nacionales. Por lo que respecta a la española, la *LO 1/2004* supuso la reforma de un buen número de disposiciones normativas. No así, llamativamente, de la legislación sanitaria, sobre la que inciden únicamente los arts. 15 y 16 de la citada ley, para introducir las campañas de sensibilización y formación de los profesionales de la medicina (art. 15), incorporar la atención especializada en el itinerario curricular de las profesiones sociosanitarias (art. 15.3), y, en tercer lugar, crear una comisión específica, la *Comisión contra la Violencia de Género* (en donde se indica que esta debe apoyar técnicamente y orientar “la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo”, evaluar y proponer “las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas”).

En efecto, no puede afirmarse que la legislación española recogiera, más allá del mandato establecido en la *LO 1/2004*, un tratamiento de género. A título de ejemplo, la ley marco en materia sanitaria, la *Ley 14/1986*, de 25 de abril, *General de Sanidad*, ignoraba este antes de su reforma por la LOI; si bien es cierto que, en el ámbito de la proscripción de la discriminación disponía en su art. 12 el deber de los poderes públicos de orientar sus políticas de gasto sanitario “en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español – según lo dispuesto en los arts. 9.2 y 158.1 de la Constitución” –, planteamiento, sin embargo, estaba ligado a las desigualdades territoriales en particular. Si se observa su articulado previo a la LOI, no aparece el tratamiento singularizado o transversal por razón de género como criterio orientador de la política sanitaria.

El resto de las normas ordenadoras de la sanidad pública y privada obedecían a parámetros semejantes, v.g. la *Ley 16/2003*, de 28 de mayo, de *Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*.

La práctica tampoco ha materializado dicha sensibilidad en el tratamiento a las víctimas de violencia de género que permitiera visibilizar las secuelas de la misma sobre la salud de la mujer en el ámbito sanitario, y darles una respuesta legal específica, v.g. en el contexto de las prestaciones por incapacidad permanente, o en el ámbito del contrato laboral más allá de la exclusión del cómputo de las ausencias debidas a dicha causa. Y, aunque en materia de prestaciones de la

Seguridad Social por viudedad sí se haya concedido relevancia a este factor, no se le ha dado el mismo trato en el contexto analizado en el presente estudio: el sanitario. Lo cierto es que, lejos de victimizar, esta respuesta legal a tan especial circunstancia permitiría una mejor adaptación del tratamiento a la víctima al margen de la respuesta inmediata activadora del protocolo de protección, en las secuelas ulteriores y su incidencia sobre la aptitud y actitud mental ante los riesgos de trabajo, campo *per se* hostil a la igualdad de oportunidades.

5.4.2. Salud laboral

La perspectiva de género, necesariamente integrada en el análisis de riesgos laborales, significa una doble penetración: a) en los planes de prevención de riesgos, donde debiera figurar como propio o análisis diferenciado en su evaluación, así como entre las medidas de prevención dispuestas en el plan específico para ello; y b) más allá de las herramientas preventivas, en los planes de igualdad a aplicar en las empresas, sea en el contexto de la lucha contra las discriminaciones por razón de género, sea específicamente en el marco de la salud en el trabajo, pues unas y otras tienen igual incidencia sobre la salud de la mujer y, por consiguiente, son del mismo modo respuestas válidas desde ambos planos.

Pues bien, desde esta perspectiva y en lo que a prevención de riesgos laborales se refiere, se debiera considerar un factor femenino, como es la violencia doméstica sufrida por la trabajadora, en tanto puede interactuar en el medio donde se desenvuelve con otros riesgos de esta índole, para potenciarlos y exponerla a un mayor nivel de estos. Por tanto, deviene necesario orientarse hacia este foco, para considerar una especial sensibilidad, sobre todo de tipo psicosocial, a lo que se expone la trabajadora en esta delicada situación.

Al día de hoy, la negociación colectiva aún no se ha hecho eco del llamamiento realizado en la *LO 1/2004*, para la aplicación de sus medidas mediante las normas convencionales, ni mucho menos para integrar esta especial tutela en la política de prevención de riesgos laborales, que ni siquiera se deriva de la citada ley. Solo la LOI colmó, de forma indirecta, dicha laguna – art. 43, que realiza un llamamiento a la negociación colectiva, o en materia de política de salud –. Una llamada directa se realizaba asimismo en la D.A. 12.^a de la misma ley –

modificando el art. 5.4 LPRL –, a tenor de la cual los factores de riesgo ligados al género deberán ser integrados en la política de prevención de la empresa – especialmente en relación con el acoso sexual y el acoso por razón de sexo como formas de violencia machista, en el art. 27.3 c –, lo que significa que esta deberá evaluar en atención a este factor diferencial, y por consiguiente, analizando posibles factores que interactúan especialmente con los de carácter netamente laboral en el contexto del trabajo, así la violencia de género en el ámbito doméstico – el citado precepto insta a la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género⁷⁴ [D.A. 9.ª, que modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de *Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*] – o las dobles cargas – que aumentan la exposición a riesgos psicosociales –⁷⁵.

Por lo tanto, se impone una necesaria redefinición de la evaluación de los riesgos que incluya la perspectiva de género en todos los ítems calificables, y asimismo, incorpore aquellos que, asociados al género, tienen una influencia determinante en la respuesta frente a los riesgos laborales, o una mayor predisposición o exposición a los mismos (unos “externos”, v.g. violencia de género, dobles cargas, etc.; pero otros internos y de más difícil control si este se residencia en la propia empresa y no en evaluadores externos, como sería el caso

⁷⁴ Desde esta perspectiva, ¿puede considerarse “estado transitorio” especialmente protegible en el marco del art. 25 LPRL, y por supuesto al margen del “estado biológico”? 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).

⁷⁵ Literalmente la norma se refiere al “objetivo de detectar y prevenir posibles situaciones en las que los daños derivados del trabajo pueden aparecer vinculados con el sexo de los trabajadores”.

de su realización por servicios de prevención ajenos, y en todo caso fiscalizables de forma externa por la Inspección de Trabajo, v.g. segregación laboral – exponente máximo es el de las categorías profesionales citadas en femenino en la negociación colectiva –, exclusión de puestos relevantes, valoración de puestos y consiguientemente de salarios en atención a criterios exclusivamente masculinos o primando valores eminentemente o supuestamente masculinos, como es la fuerza física...).

5.5. Acoso y riesgos psicosociales

El acoso sexual y por razón de sexo se encuadra dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral en el ámbito del art. 27 de la LO 3/2007, desde que dicha ley introdujera por vez primera medidas específicas para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo – así reza literalmente su art. 48 –, conforme se ha tenido ocasión de exponer anteriormente.

La citada ley contiene, asimismo, pautas específicas en relación con la política preventiva dentro del marco de la salud en materia laboral, con referencia explícita al acoso sexual y al acoso por razón de sexo – art. 27.3 c), así como en la ya citada D.A. duodécima –. *Ergo* la prevención de este riesgo de género es la única que aparece explicitada en la ley, aunque lo sea para dirigir un mandato a los poderes públicos y no a los sujetos privados, en este caso el empresario. De suerte que, desde la perspectiva preventiva, atiende también al factor del sexo para establecer una tutela específica de la salud de la mujer trabajadora al margen de la salud reproductiva y la maternidad.

A tal fin, se establece un doble mandato (art. 48), dirigido por una parte a las empresas (apdo. 1⁷⁶), y por otra, a los representantes de los empleados (apdo.

⁷⁶ Las empresas deberán atender: a) 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 a las que se aludirá más tarde, concretamente: elaboración y

277), todas ellas enmarcadas en el régimen de deberes preventivos predicables de ambos sujetos, empresa y representación del personal. El fomento de la participación de todos los sujetos implicados en las relaciones de trabajo puede ser crucial en este ámbito: servicios de prevención, trabajadores encargados de la prevención, médicos de empresa, además de la representación del personal. La medida se encuentra en la línea del Convenio de la OIT, firmado en Ginebra el 26 de febrero de 2001, relativo a la solución y prevención del acoso.

Finalmente, lo que es más importante desde la perspectiva de las obligaciones empresariales coercibles que establece la *LO 3/2007* para cierto tipo de empresas (fundamentalmente las que cuenten con una plantilla de trabajadores en número igual o superior a doscientos cincuenta, *ex art.* 45), se regula la prevención del acoso como una de las posibles materias o medidas que pueden ser incluidas en los planes de igualdad que deben negociarse en las empresas para dar efectividad a la igualdad entre hombres y mujeres (art. 46.2). 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 actuación⁷⁸.

difusión de códigos de buenas prácticas, y realización de campañas informativas o acciones de formación.

⁷⁷ La representación del personal de la empresa deberá 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. La materia debe integrarse en el plan de igualdad de la empresa, según ordena el art. 46, regulador del contenido de los mismos.

⁷⁸ Con este nombre, protocolo de actuación frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo, el art. 62 insta a su negociación con la representación legal de los trabajadores, y además indica el contenido mínimo del mismo: “a) El compromiso de la Administración General del Estado y de los organismos públicos vinculados o dependientes de ella de prevenir y no tolerar el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. b) La instrucción a todo el personal de su deber de respetar la dignidad de las personas y su derecho a la intimidad, así como la igualdad de trato entre mujeres y hombres. c) El tratamiento reservado de las denuncias de hechos que pudieran ser constitutivos de acoso sexual o de acoso por razón de sexo, sin perjuicio de lo establecido en la normativa de régimen disciplinario. d) La identificación de las personas responsables de atender a quienes formulen una queja o denuncia”.

6. CONCLUSIONES

Cuando la *LO 3/2007* anunció la integración de la perspectiva de género en la salud y en particular en el ámbito laboral, atisbándola entre la política legislativa frente al acoso de género, pareció vislumbrarse un cambio de paradigma legislativo. Sin embargo, los años posteriores han demostrado que se traducía en la desagregación de los datos de salud por géneros, y en la incorporación de dos ítems a la política sanitaria y preventiva: el acoso y la conciliación de la vida familiar y laboral. Este resultado encierra además una nueva perversión de la que pueda entenderse como reorientación legislativa y de la política legislativa: y es que la introducción del acoso no era sino transposición del mandato legislativo europeo.

En efecto, la *LO 3/2007* no trajo a la legislación laboral una política preventiva específica de riesgos laborales con perspectiva de género, sino únicamente cierto atisbo de política desagregada por sexos (en el ámbito biológico-reproductivo), desde el punto de vista del marco legal vigente, ni tampoco puede afirmarse que esta atención especializada constituya una realidad en las empresas españolas en el marco de la prevención de riesgos laborales, como se verá más adelante. Al día de hoy, y como venía sucediendo tradicionalmente, 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 masculinizados.

El factor del género viene siendo, pues, sistemáticamente ignorado en la política de prevención de riesgos, e incluso, en el marco de las políticas de salud, donde solo de forma más reciente se atiende más allá de la desagregación por sexos de los datos relativos a la salud para considerar la perspectiva transversal en dicho análisis, apartando la separación entre sexos (con la consiguiente distorsión de los datos y conclusiones cuando nos encontramos ante profesiones segregadas) para sustituirla por el estudio transversal, y por consiguiente, considerando la interacción entre el factor del género y los riesgos laborales.

En general, las políticas sanitarias, pública y de salud laboral, permanecen impermeables a la sensibilidad de género, siendo prácticamente inexistente la

consideración de la respuesta femenina a la enfermedad, sensiblemente distinta de la masculina, la diferente forma de enfermar que tienen las mujeres (y la “medicalización del malestar de las mujeres”)⁷⁹.

La virtualidad de dos instrumentos que merecen potenciarse más allá de la atención que literalmente les concede la legislación española. En primero sería, y de forma complementaria a los convenios colectivos, los planes de igualdad para introducir el análisis y orientación de género en cualesquiera políticas empresariales y del conjunto de los trabajadores y sus representantes (todos ellos afectados por igual), así como para implementar las que se consideren oportunas para garantizar la igualdad efectiva, y, del mismo modo, para vehicular esos protocolos de actuación en materia de acoso sexista a los que alude la ley. En segundo, la evaluación y prevención de riesgos laborales, tanto para empresas que cuenten o deban contar con plan de igualdad, como para cualesquiera otras, como herramienta idónea de integración de la perspectiva de género en la salud laboral, mediante la inclusión del “riesgo de género” en la evaluación de riesgos, y, como consecuencia de ello, en las medidas preventivas también orientadas bajo el mismo prisma.

Sin embargo, el género como factor diferencial es escasamente introducido en la política preventiva, esencialmente androcentrista, y regulada en clave neutra (como transposición de la legislación comunitaria, presidida por dicho criterio de la neutralidad), lo que se traduce en varias manifestaciones:

- a) evaluación conforme a patrones masculinos: equipos de protección individual, ergonomía de los equipos de trabajo, etc., todo se encuentra diseñado para empleados masculinos y conforme a parámetros en los que encajan solo ellos, sin valoración de la diversidad femenina (ni ninguna otra, por supuesto);
- b) evaluación de ítems relativos a la organización y medición de carga de trabajo y tipología de puestos conforme a parámetros igualmente estandarizados que se ajustan a patrones masculinos;

⁷⁹ SEVILLA, E. “Las mujeres reciben más a menudo diagnósticos de depresión y ansiedad y tratamientos con psicofármacos”, en RIVAS, M. P. y MONEREO, J. L. (dirs.). *Tratado de salud...*

- c) participación nula de mujeres en los procesos de conformación de la representación en materia de riesgos laborales, que vehiculiza las necesidades preventivas de las personas trabajadoras y por tanto primando el mismo patrón masculino;
- d) notablemente menor participación femenina en la formación y en la información sobre riesgos laborales;
- e) falta de evaluación del impacto diferenciado por géneros de los factores de riesgo, pues lo que se evalúa es el diferente resultado (lesional) por sexos, pero no el impacto previsible, salvo en lo que respecta a la capacidad reproductiva, y el desarrollo de la gestación y/o la lactancia;
- f) ausencia de la evaluación del riesgo de la segregación laboral y del impacto de la precariedad y otros riesgos típicamente unidos al trabajo femenino;
- g) inexistente análisis del factor diferencial de género en la respuesta a la enfermedad;
- h) escasa consideración de factores femeninos extralaborales, con tanto impacto como los laborales: así, la violencia de género o la conciliación de la vida familiar y laboral, estos sí presentes en los catálogos de riesgos cuando adoptan perspectiva de género;
- i) inclusión desequilibrada de patologías ligadas a trabajos tradicionalmente masculinos frente a la menor atención prestada a las vinculadas a trabajos feminizados;
- j) diferente acceso a la cobertura económica de las incapacidades (causada por cortas carreras de cotización, cuando se trata de patologías derivadas de enfermedad común);
- k) prevalencia de ciertas enfermedades entre las mujeres, erróneamente vinculadas a factores psicológicos y psíquicos, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome químico múltiple, etc., catalogadas como respuesta emocional a problemas personales irresueltos, y acompañadas

de una falta de reconocimiento explícito más allá de los grupos y unidades especializados de atención a estas dolencias (en muchos casos se les cree “buscadoras de pensiones”).

En conclusión, se añora una política promocional de integración realmente transversal por la que se dotara a las empresas y trabajadores/as de medios formativos y técnicos (asesoría, orientación, instrumentos técnicos cuando fueran precisos), para facilitar la penetración de la perspectiva de género en la salud laboral, amén de las correspondientes campañas de sensibilización a las que alude expresamente la *Ley Orgánica de Igualdad*.

Sin desdeñar las oportunidades ya apuntadas en la negociación colectiva o en la práctica empresarial, pues algunos convenios, así como algunas empresas mediante el cumplimiento del deber de negociar planes de igualdad, han llevado a término algunas de estas medidas. No obviando, no obstante, que parecen centrarse en su mayor parte en los aludidos protocolos de actuación (o, en su caso, guías de actuación) en materia de acoso, debe reconocerse que en algunos supuestos se realizan aportaciones nuevas como las guías de buenas prácticas “profilácticas”, o se apunta a elementos configurados como riesgos de género, pese a no dárseles tal tratamiento explícito, en el contexto de los planes de igualdad, que atacan a los factores de riesgo derivados de la discriminación en el trabajo, aunando finalidades bajo un mismo instrumento.

Considerando que la salud laboral femenina se sitúa prioritariamente en el ámbito de los riesgos psicosociales, este es el plano donde debe concentrarse el peso de las actuaciones preventivas, no solo desde la perspectiva del acoso, sino desde la más amplia, de la diversidad de factores psicosociales más vinculados a las características del trabajo femenino y al impacto de estas sobre la salud de la mujer trabajadora. Esta tarea está aún por hacer, como lo está todavía la penetración de la transversalidad de género en las políticas sanitarias y en general en la atención a la salud.

7. FUENTES

BURIN, M. *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós, 1991.

CANO GALÁN, Y. “Acoso sexual laboral discriminatorio: un análisis del derecho comunitario y español desde la perspectiva del derecho canadiense”, *Civitas. Revista española de derecho del trabajo*, n.º 132, 2006.

CHEBURRÚA. “Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, 1997.

CHRENSHAW, K. “Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of colour”, *Critical Race Theory: The Key Writings that Informed the Movement*. New York Press, 1995.

COMISIÓN EUROPEA. *Tracking multiple discrimination. Practices, policies and laws*. Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

GARCÍA, C. (dir.). *Women's health and domestic violence against women* [Salud femenina y violencia doméstica contra las mujeres]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.

GARCIA-PERROTE, I. “Acoso sexual, acoso por razón de sexo y acoso en la Ley de Igualdad de mujeres y hombres”, *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica*, n.º 4, 2008.

GARRIGUES, A.

- “Violencia de género e intervención en el plano de la prestación laboral: reflexiones tras casi cinco años de andadura de la LO 1/2004”. *Aranzadi Social*, vol. 2, 2009.
- “Breves reflexiones en torno a la virtualidad negocial de la prevención de riesgos laborales”, *Cuestiones problemáticas de la negociación colectiva: XXVII*

Jornadas Universitarias Andaluzas de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales. Sevilla: Consejería de Empleo. Consejo Andaluz de Relaciones Laborales, 2009.

GREAVES, L. *y otros.* *Sex, gender and women's health.* Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 1999.

HANKIVSKY, O. "Gender based analysis and health policy: The need to rethink outdated strategies". *Women's Health in Canada: Critical theory, policy and practice.* Toronto: University of Toronto Press, 2007.

JACKSON, B.E. *y otros* "Quality care is like a carton of eggs: Using a gender-based diversity analysis to assess quality of health care". *Canadian woman studies,* vol. 24, 2005.

KUHLMANN, E. "From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again. Linking feminist agendas and new governance in healthcare", *Current Sociology,* vol. 57, 2009.

LOUSADA, J. F. "El acoso moral por razón de género", *Aranzadi Social,* n.º 15, 2003.

MACÍAS, M. *Aspectos psicosociales de los malos tratos a las mujeres.* Valencia: Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, 1992.

MARTÍNEZ, M.A. y MORENO, G. *Salud laboral; diferencia de género.* Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Federación de Comunicación y Transporte, 2001.

MERCADER, J. y ROMERO, A. "El concepto de acoso por motivos sexuales: el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en la Ley Orgánica de Igualdad entre mujeres y hombres". *Comentarios laborales de la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres.* Valencia: Tirant lo Blanch, 2007.

MOLINA, C.

- "El acoso moral laboral por razón de género como delito". *Revista de Trabajo*

y *Seguridad Social*. Valencia: CEF, 2006

- “La palabra de la ley penal se hace realidad: el acoso moral laboral “por razón de género” como delito contra la integridad personal”. *Estudios financieros. Revista de Trabajo y Seguridad Social: Comentarios, casos prácticos: recursos humanos*, 2006.

ÖSTLIN, P., GEORGE, A. y SEN, G. (eds). “Gender and Health Inequalities: The intersections”. *challenging health inequities: From ethics to action*. Oxford University Press, 2001.

RAVINDRAN, T.K.S. y KELKAR-KHAMBETE, A. “Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward”. *Global public health*, número especial: *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*, vol. 3, 2008.

REID, C., PEDERSON, A. y DUPERE, S. “Addressing diversity in health promotion: Implications of women’s health and intersectional theory”. *Health promotion in Canada*. Toronto: Canadian Scholars’ Press, 2007.

RIVAS, M. P.

- *Violencia psicológica en el trabajo: su tratamiento en la jurisprudencia*. Thomson Civitas, 2005.
- “Las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, los riesgos psicosociales: estrés laboral, *burn out*”. *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales: la incapacidad permanente desde el punto de vista médico y jurídico*. Pamplona: Aranzadi, 2006.
- “Género y salud: perspectiva jurídico-social”. *Tribuna social: Revista de seguridad social y laboral*, n.º 200-2001, 2007.
- “La protección social frente a la violencia de género”, *Cuadernos de derecho judicial*, n.º 5, 2007.
- “La repercusión de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica en el trabajo: respuestas jurídicas para la integración socio-laboral”. *Biorritmos*.

Barcelona: La Patumaire Edicions, 2007.

- “Las incapacidades de las mujeres”. *Mujer y trabajo, entre la precariedad y la desigualdad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Colección Estudios de Derecho Judicial, 2008.
- “Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral”. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2008.
- *La prevención de los riesgos laborales de carácter psicosocial*. Granada: Comares, 2009.
- “Prevención de riesgos y Seguridad social”. *Estudios sobre el derecho a la vida e integridad física y moral en el ámbito laboral*. Barcelona: Atelier, 2010.
- “Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple”, *Revista de derecho social*, número 54, 2011.

RIVAS, M. P. y BARRIOS, G.L. *Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense*. Pamplona: Aranzadi, 2007.

RIVAS, M. P. y GARCÍA, M.D. *Tratamiento integral del acoso*. Pamplona: Thomson Aranzadi, 2015.

RIVAS, M. P. y MONEREO, J. L. (dirs.). *Tratado de salud laboral*. T. II. Pamplona: Aranzadi, 2012.

TIEVES, D. *Women and occupational diseases in the European Union*. European Trade Union Institute, aisbl, 2011.

VILCHES ARRIBAS, M.J., PÉREZ DEL RÍO, T., y HERNÁNDEZ, M.: *Guía de criterios y cláusulas para el tratamiento del acoso sexual y moral por razón de género en la negociación colectiva*. Madrid: Dirección General de la Mujer, Consejería de Trabajo, 2003.

VILLAVICENCIO, P. y SEBASTIÁN, J. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.

VOGEL, L.

- *The Gender Workplace Health Gap in Europe*. Bruselas: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, 2003.
- VOGEL, L. y MENGEOT, M. *Production and reproduction. Stealing the health of future generations*, Bruselas: ETUI, 2008.

Electrónicas

ARTAZCOZ, L. “Salud y género”. *Documentación Social*, n.º 127, 2002: pgs. 181-205: http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/Capitulo%2008_29_08_2008_12_13_38.pdf

BARNETT, R. C. *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo*. OIT: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.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: <http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0206ES.pdf>

BORRELL C. y ARTAZCOZ, L. “Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro”, *Revista Española de Salud Pública*, n.º 3, 2008: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/editorial.pdf>

BORRELL, C., GARCÍA-CALVENTE, MM., y MARTÍ-BOSCÀ, JV. “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/introduccion.pdf>

CHRENSHAW, K. “Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of colour”, *Stanford Law Review*, vol. 43, 1991: http://socialdifference.columbia.edu/files/socialdiff/projects/Article__Mapping_

the_Margins_by_Kimblere_Crenshaw.pdf

COMISIÓN EUROPEA. *Promoting equality: activities on fighting discrimination in 2009*. Junio 2010: http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/altridoc/rapporti/Equality_Sep10.pdf

Confederación Sindical de Comisiones Obreras. *Salud, mujeres y trabajo*: http://www.ciudademujeres.com/articulos/IMG/pdf/salud_mujeres_trabajo.pdf

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Mainstreaming gender into occupational safety and health practice*. Bruselas: 2014: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mainstreaming-gender-into-occupational-safety-and-health-practice>).

FALGUERA, M. A. *La flexibilitat contractual en la negociació col·lectiva de Catalunya: especial anàlisi del temps de treball y les Competències organitzatives de l'empresari*. ESADE, Fórum de Relaciones Laborales, Barcelona, 2009: http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/NOVEMBRE_Miquel_Falguera3.pdf

HANKIVSKY, O. y otros “Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research”. *International Journal for Equity in Health*, 2010: <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/5>

HENDRIKS, A. C. “Discriminación por razón de discapacidad”: http://www.era-comm.eu/oldoku/Adiskri/07_Disability/2013_Hendriks_ES.pdf

IGLESIAS, M. *Violencia y mujer con discapacidad*. España: Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (IES), 1998: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/mujeres/violenciaymujerdiscap.pdf>

PÉREZ DEL RÍO, T. “La violencia de género en el trabajo: el acoso sexual y el acoso moral por razón de género”. *Guía de negociación colectiva sobre la discriminación por razón de género en el empleo y las condiciones de trabajo, la igualdad retributiva y la violencia de género*. <http://www.ccoo.es/pdf>

RIVAS, M. P.

- “¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral?”
Revista Iuslabor, 2015: http://www.upf.edu/iuslabor/_pdf/2015-01/Rivas.pdf
- “Medidas jurídicas apropiadas en la integración social de las personas con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica”: http://www.mutuauniversal.net/arxiu/fibromalgia_ponencias/Dra.PilarRivas.pdf

RUIZ-CANTERO M., CARRASCO-PORTIÑO M., y ARTAZCOZ L.
“Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar”. *Gaceta Sanitaria*, 2011: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111%2810%2900199-8.pdf>

SEN, G., GEORGE, A. y ÖSTLIN, P. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. 2005: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/809/9275322945.pdf?sequence=1>.

Sindicato Unión General de Trabajadores – UGT –. “Salud laboral y género”, en <http://www.ugt.es>.

Normas y resoluciones

- Acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo, de 8 de noviembre de 2007.
- Carta de la Mujer, 2010.
- Código penal español.
- Comisión contra la violencia de género.
- Constitución Española.

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006.
- Declaración de Beijin, de 15 de septiembre de 1995.
- Declaración de Viena.
- Declaración del Parlamento Europeo sobre la fibromialgia, 13 de enero de 2009.
- Directiva 2000/43.
- Directiva 2000/78.
- Directiva 2002/73/CE.
- Directiva 2006/54/CE.
- Estatuto de los trabajadores.
- Ley 11/2007 para la Prevención y el Tratamiento Integral de la Violencia de Género, de 27 de julio.
- Ley 15/2014, de Racionalización del Sector Público y otras Medidas de Reforma Administrativa, de 16 de septiembre.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo.
- Ley 35/2010, de 17 de septiembre.
- Ley 39/2010, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011.

- Ley 5/2008 del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista, de 24 de abril.
- Ley General de Salud Pública de junio de 2010.
- Ley General de Seguridad Social, aprobada por Real Decreto 1/1994, de 20 de junio.
- Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral frente a la Violencia de Género, de 28 de diciembre.
- Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, de 22 de marzo.
- Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia, de 3 de septiembre de 1998.
- Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad, 2007.
- Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre.
- Real Decreto 1971/1999 de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía, de 23 de diciembre.
- Repertorio de Recomendaciones sobre Violencia en el Trabajo en el Sector Servicios.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre la Discriminación de Género en los Sistemas de Salud – 2004/2218 (INI) –.
- Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea.
- Tratado de Lisboa, de diciembre de 2009.

