



La Salud Mental y la Prevención de Riesgos Laborales

Los problemas de salud mental como accidentes de trabajo

Adrián Todolí Signes (Dir.)

Ana Belén Muñoz Ruiz

Ángela Martín-Pozuelo López

2023





Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
1. La evolución en la prevención de los riesgos psicosociales.....	8
1.1 Del déficit de prevención al incluirlo en el <i>soft law</i> o derecho blando a la configuración de la salud mental como derecho humano fundamental	8
1.2 El refuerzo de la prevención de los riesgos psicosociales a través de otras regulaciones vinculadas: las legislaciones de igualdad y discapacidad	9
1.3 Los riesgos psicosociales: tipología y su formulación como una lista abierta	12
1.4 La transformación de los riesgos psicosociales como consecuencia de la digitalización.....	17
2. Las consecuencias	17
2.1 Dimensión individual (ansiedad, estrés, depresión, burnout, suicidio y muerte por exceso de trabajo-Karoshi-, adicciones).....	17
2.2 Dimensión de carácter organizativo.....	22
3. Herramientas para la prevención	22
3.1 La evaluación de riesgos	23
3.2 La formación	25
3.3 La vigilancia de la salud orientada a la prevención	26
4. Recomendaciones para la negociación colectiva	31
4.1 Evaluación de riesgos psicosociales	31
4.2 Vigilancia de la salud.....	38
4.3 Otras medidas preventivas	40
4.4 Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y delegados de prevención	44
5. Breve delimitación entre accidente de trabajo y enfermedad profesional	46
5.1 Pasos importantes a nivel internacional y supranacional	48
5.2 La importancia de incorporar las enfermedades derivadas de riesgos psicosociales en el listado de enfermedades profesionales	49
6. Las enfermedades del trabajo como accidente de trabajo	50
7. El nexo causal con el trabajo: elementos valorados por los tribunales	53
7.1 Existencia de “problemas” laborales.....	54
7.2 Inexistencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos.....	59
7.3 Inexistencia de acreditación de otras causas ajenas al trabajo	60
8. La intervención de la ITSS en la investigación	61
9. La presunción de “en tiempo y lugar de trabajo”	64
10. Las especialidades aplicables a las enfermedades cardíacas	66

11. Las especialidades aplicables al suicidio	68
11.1 La importancia destacada del nexo causal	68
11.2 Elementos probatorios adicionales: la nota de suicidio y la autopsia psicológica.....	72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
1. Recomendaciones para prevenir los riesgos psicosociales	76
2. Conclusiones respecto a la clasificación como accidente de trabajo los problemas de salud mental	77
BIBLIOGRAFÍA	80



INTRODUCCIÓN.

Las altas cifras de suicidio en nuestro país, y la actuación de algunos representantes políticos convencidos, han puesto por fin de relieve el problema de la salud mental. Bajo el lema “ir al psicólogo no debería ser un estigma” distintas administraciones públicas, entre ellas la Comunidad Valenciana, se establecen como objetivo facilitar el acceso a psicólogos, a través de la atención primaria, para todas aquellas personas que lo necesiten. Sin embargo, no deberíamos olvidar que la mejor receta para cualquier problema de salud es la prevención. De esta forma, la estrategia debería centrarse en atacar las razones por las que están aumentando los problemas de salud mental, sin olvidar que el auge de estos es muy anterior a la pandemia. En este sentido, parece orientarse Europa. Concretamente, cabe señalar que la Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital, considera la salud mental como un derecho humano fundamental.

Los datos muestran que uno de los condicionantes fundamentales de los problemas de salud mental serían las condiciones de empleo. Así, entre el 17% el 27% de personas sufren ansiedad en el trabajo; entre el 30% y el 38% dicen experimentar estrés siempre o casi siempre y, en general, un 47% reconocen encontrarse expuestos en su lugar de trabajo a factores de riesgo para su bienestar mental (Pérez Zapata y Álvarez-Hernández, 2021). Todo esto acompañado del hecho de que todos estos problemas afectan siempre y de forma constante más a las mujeres. Concretamente, del total de días de baja en 2021, el 15% corresponden a días de baja ocasionados por trastornos de la salud mental y del comportamiento, concretamente en el caso de mujeres este porcentaje alcanza el 17,09% mientras que en hombres corresponde al 12,42% del total. En efecto, de acuerdo con la tercera encuesta de Empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER, 2019), que data del año 2019, después de los trastornos musculoesqueléticos, los riesgos psicosociales se perfilan en el segundo de los riesgos más padecidos por la población trabajadora europea.

Según datos del informe del Parlamento Europeo sobre salud y seguridad en el trabajo, más del 25% de los trabajadores de Europa padece estrés laboral excesivo. De hecho, el 51% de los trabajadores de la Unión Europea afirman que el estrés es habitual en su lugar de trabajo¹.

¹ Informe A9-0023/2022 del Parlamento Europeo sobre un nuevo marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo posterior a 2020 (incluida una mejor protección de los trabajadores frente a la exposición a sustancias nocivas, el estrés laboral y las lesiones por movimientos repetitivos, procedimiento (2021/2165(INI) de 9 de febrero de 2022. Bruselas.

En nuestro país, de acuerdo con la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, de entre todos los encuestados, el 60% considera que el desempeño de sus funciones laborales ha agravado o ha originado su depresión, así como solamente el 61,1% de estos trabajadores que han sido diagnosticados con un trastorno depresivo han sido tratados para la misma, puesto que sigue existiendo bien un estigma o bien desconocimiento a su alrededor que dificulta la búsqueda de ayuda profesional o, directamente, la identificación del problema y su vinculación directa con el trabajo.

Igualmente, los trastornos depresivos y de ansiedad son una de las afecciones más usuales entre los profesionales que sufren acoso laboral (apareciendo en la sintomatología desde las primeras etapas), un dato que todos los estudios respaldan (véase V Barómetro Cisneros) dada la relación directa y positiva entre la depresión y el acoso. Además, la prevalencia del *mobbing* detectada por estas investigaciones en España es del 14%. A este respecto, las formas más comunes que adopta el acoso son: asignar trabajos sin valor o utilidad alguna, rebajar a la persona asignándole trabajos por debajo de su capacidad profesional o sus competencias habituales, ejercer contra la persona una presión indebida o arbitraria para realizar su trabajo, desvalorar sistemáticamente su esfuerzo o éxito profesional o atribuirlo a otros factores o a terceros, evaluar su trabajo de manera inequitativa o de forma sesgada, amplificar y dramatizar de manera injustificada errores pequeños o intrascendentes y menospreciar o menoscabar personal o profesionalmente a la persona.

De esta forma, es necesario analizar las causas y establecer propuestas de soluciones para mejorar estas situaciones. Los estudios existentes plantean que solamente con tres grandes actuaciones podrían reducirse entre un 60% y un 80% los casos de mala salud mental en las trabajadoras y los trabajadores, respectivamente (Pérez Zapata y Álvarez-Hernández, 2021). Una de ellas asociada a regular los ritmos, cargas y exigencias laborales; otra relacionada con reducir la precariedad vinculada a los salarios insuficientes, miedo a pedir mejores condiciones u horarios semanales reducidos; y, por último, una actuación centrada en mejorar las relaciones sociales, priorizando la resolución de conflictos.

De esta forma este estudio pretende abordar desde una perspectiva de prevención de riesgos laborales y jurídica los problemas de salud mental derivados del trabajo. Así, en se realizará un mapeado de las principales causas de una mala salud mental en el trabajo identificando los principales riesgos psicosociales y realizan una serie de propuestas para prevenirlos. Esta parte se dedicará también a realizar una serie de recomendaciones a los negociadores de convenios colectivos para introducir cláusulas que permitan una mejor salud mental en el trabajo. Adicionalmente, en la segunda parte de este documento, se



estudia las posibilidades de calificar como accidente de trabajo -y no como enfermedad común- los problemas de salud mental. Así, supuestos de depresión, ansiedad, estrés, adicciones e incluso el suicidio puede tener una causa u origen laboral o no laboral. En el presente trabajo se analizarán los argumentos aceptados por la doctrina judicial para determinar la laboralidad de estas alteraciones de la salud mental.

1. La evolución en la prevención de los riesgos psicosociales

1.1 Del déficit de prevención al incluirlo en el *soft law* o derecho blando a la configuración de la salud mental como derecho humano fundamental

A diferencia de los riesgos tradicionales vinculados con la seguridad en el trabajo o la higiene industrial, la evolución de la prevención de los riesgos psicosociales ha sido lenta, lo que vino motivado por su encuadramiento en la categoría del *soft law* o derecho blando. Sobre los riesgos psicosociales cabe destacar los Acuerdos Marco europeos en materia de Teletrabajo firmado el 16 de julio de 2002 y Estrés Laboral firmado el 8 de octubre de 2004 y el Acuerdo sobre Violencia en el Trabajo de 26 de abril de 2007.

Se trata del supuesto más puro de negociación colectiva con alcance comunitario, pero en realidad representa un déficit de protección. En este sentido, se ha aludido a la ausencia de efectos directos de los referidos acuerdos para los trabajadores y empresas de los distintos países. Para lograr este objetivo, se precisa su recepción por parte de la negociación colectiva nacional. También se ha objetado la falta de competencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y de los Tribunales nacionales para controlar su aplicación. De todo lo anterior, se deduce con claridad que la naturaleza de estos Convenios se aproxima a la de meros Acuerdos Marco o guía carentes de la eficacia jurídica del derecho comunitario. Los tres acuerdos fueron incorporados de forma literal a los Acuerdos Interconfederales españoles de Negociación Colectiva (Muñoz Ruiz, 2009).

Sin embargo, se debe señalar la importancia de estos Acuerdos porque han aportado criterios y directrices para abordar los riesgos vinculados con los cambios productivos y organizativos y, lo más importante, se estipula de forma expresa que se trata de riesgos derivados del trabajo. De hecho, los jueces y tribunales, en ocasiones, han tenido en cuenta estos pactos para solucionar determinados supuestos. En este sentido, se debe hacer referencia a la STSJ de Madrid de 5 de octubre de 2005² que resuelve un supuesto de extinción indemnizada del contrato por incumplimiento del deber empresarial de prevenir las situaciones de estrés derivado del trabajo. Fundamenta buena parte de su decisión en el contenido del Acuerdo Marco sobre Estrés Laboral, pese a su carácter no

² AS 2005\2555.



vinculante. El Tribunal concede la extinción indemnizada al trabajador reconociendo por vez primera que una situación de estrés laboral puede constituir un incumplimiento por parte del empresario.

En España el legislador no ha sido especialmente proactivo en el campo de los riesgos psicosociales, no existiendo todavía una regulación específica sobre riesgos psicosociales en el lugar de trabajo. No obstante, contamos con algunos criterios administrativos de la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social que prestan atención a los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo:

- Criterio Técnico 69/2009 sobre acoso y violencia en el trabajo.
- Criterio Técnico 87/2011 sobre actividades inspectoras en relación al riesgo laboral de atraco,
- Criterio Técnico 104/2021 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Riesgos Psicosociales.

Además, los riesgos psicosociales quedan comprendidos de forma no explícita en el concepto de riesgo previsto en la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

La situación descrita ha dado un giro como consecuencia de un conjunto de avances en el plano comunitario e internacional. En este punto, merece ser destacado que la Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital, considera la salud mental como un derecho humano fundamental.

1.2 El refuerzo de la prevención de los riesgos psicosociales a través de otras regulaciones vinculadas: las legislaciones de igualdad y discapacidad

Respecto de la cláusula general de reenvío que se recoge en el artículo 1º de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se debe indicar que dicho precepto resulta paradigmático, pues es aquí donde se enumeran y concretan las fuentes del derecho de la prevención de riesgos laborales. El tenor literal del artículo 1º de la LPRL dice así: «La normativa sobre prevención de riesgos laborales está constituida por la presente Ley, sus disposiciones de desarrollo o complementarias y cuantas otras normas, legales o convencionales, contengan prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral susceptibles de producirlas en dicho ámbito». El artículo pone de

relieve la cuestión de la procedencia múltiple de las normas de prevención de riesgos laborales. Esto es, el sistema se nutre de normas específicamente preventivas, pero también de normas y reglas externas.

En la evolución de la prevención de los riesgos psicosociales se ha advertido cierta influencia de otras legislaciones ajenas a la materia. En efecto, la aprobación de legislación vinculada con la igualdad de trabajo y, en particular, los planes de igualdad han podido servir de impulso de la cultura de la prevención en las empresas. Por lo que se refiere a la legislación de igualdad, se incluye la prevención del acoso sexual (riesgo psicosocial) en el artículo 46 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que lo incorpora como contenido mínimo de los planes de igualdad.

De igual modo, el concepto de discapacidad parece no ceñirse sólo a la discapacidad física, sino que también pretende incluir la discapacidad psicosocial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas que viven con problemas de salud mental tienen derecho a participar en el trabajo de forma plena y equitativa. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad proporciona un acuerdo internacional para promover los derechos de las personas con discapacidad (incluida la discapacidad psicosocial), también en el entorno laboral.

La OMS recomienda tres intervenciones para apoyar a las personas con problemas de salud mental que quieren obtener y mantener un trabajo y participar en él, a saber:

1. Los ajustes razonables en el trabajo adaptan los entornos de trabajo a las capacidades, necesidades y preferencias de los trabajadores con problemas de salud mental, y pueden consistir en facilitar a determinados trabajadores horarios flexibles, tiempo adicional para completar las tareas, asignaciones modificadas a fin de reducir el estrés, tiempo libre para citas de salud, o reuniones regulares de apoyo con los supervisores.
2. Los programas de reincorporación al trabajo combinan la atención dirigida al trabajo (por ejemplo, mediante ajustes razonables o el regreso gradual) con la atención clínica continua para apoyar la reincorporación significativa después de una ausencia relacionada con problemas de salud mental, y al mismo tiempo reducen los síntomas de trastorno de salud mental.
3. Las iniciativas de empleo con apoyo ayudan a las personas con graves problemas de salud mental a obtener trabajo remunerado y mantenerse empleadas mediante un apoyo continuo en materia profesional y de salud mental.



La OMS está decidida a mejorar la salud mental en el trabajo. En 2022, el *Informe mundial sobre salud mundial: Transformar la salud mental para todos*, publicado por la OMS, destacó el lugar de trabajo como ejemplo clave de un entorno en el que se necesitan medidas que transformen la situación de la salud mental.

Las *Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo* proporcionan recomendaciones basadas en datos probatorios para promover la salud mental, prevenir los problemas de salud mental y permitir que las personas que viven con esos problemas participen y prosperen en el trabajo. Las recomendaciones abarcan intervenciones institucionales, la capacitación de los gestores y trabajadores, las intervenciones caso por caso, la reincorporación al trabajo y la obtención de empleo.

En la legislación española contamos con el artículo 40 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, cuyo epígrafe 2 indica:

«Los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa, en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario».

Para determinar si una carga es excesiva se tendrá en cuenta si es paliada en grado suficiente mediante las medidas, ayudas o subvenciones públicas para personas con discapacidad, así como los costes financieros y de otro tipo que las medidas impliquen y el tamaño y el volumen de negocios total de la organización o empresa.

En definitiva, las dos materias relacionadas con la prevención de riesgos laborales-la igualdad y la discapacidad (discapacidad psicosocial)- pueden contribuir a reforzar la protección de los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo. Ello es así porque ambas materias comparten la lógica preventiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y porque el artículo 1º de esta ley lo permite.

1.3 Los riesgos psicosociales: tipología y su formulación como una lista abierta

Los factores de riesgo psicosociales que se analizan en el informe son el exceso de carga de trabajo o subcarga de trabajo, el acoso moral y sexual y la violencia en el trabajo, el clima o ambiente laboral y la precariedad laboral.

La encuesta europea ESENER-3, que data del año 2019 advierte que, después de los trastornos musculo-esqueléticos, los riesgos psicosociales se perfilan en el segundo de los riesgos más padecidos por la población trabajadora europea. De entre los factores de riesgo de tipo psicosociales, su orden de relevancia es el siguiente:

Prevalencia de los factores de riesgo psicosocial	Porcentaje de empresas
Manejar situaciones difíciles con clientes, pacientes, estudiantes, etc.	60%
Presión por limitación temporal	45%
Horarios de trabajo extensos o irregulares	22%
Comunicación o cooperación escasa con la organización	18%
Miedo a perder el empleo	13%

Fuente: ESENER-3

Exceso de carga de trabajo o subcarga de trabajo

Tanto la sobrecarga como la subcarga de trabajo pueden tener efectos, pudiendo derivar en situaciones de estrés laboral y otras patologías relacionadas. Por un lado, la carga de trabajo puede tener su origen en la planificación de la carga de trabajo que es excesiva ya desde su concepción para un adecuado desempeño sin exceder los límites de las personas trabajadoras.

Según indica el INSST, la sobrecarga o estimulación excesiva hace referencia a las situaciones en las que la persona trabajadora está sometido a más exigencias de las que,



en función de sus capacidades, puede satisfacer. A su vez, la sobrecarga puede ser cuantitativa o cualitativa³.

La sobrecarga cuantitativa se produce cuando se han de realizar muchas operaciones en poco tiempo. Esto puede deberse al gran volumen de trabajo, a la especialización y estandarización de tareas que se han de llevar a cabo, a la necesidad de mantener una atención sostenida, o al apremio de tiempo o ritmo de trabajo elevado.

En cambio, la sobrecarga cualitativa se produce en situaciones en las que al trabajador se le plantean unas demandas mentales o intelectuales excesivamente complejas en función de sus conocimientos y habilidades, es decir, la sobrecarga cualitativa no hace referencia a que el trabajador tenga demasiado trabajo, sino a la excesiva dificultad del mismo.

Además, hay que considerar la situación de multitarea que es potenciada por las comunicaciones sincrónicas y asincrónicas.

De otra parte, en ocasiones las personas trabajadoras no tienen asignada tareas por decisión de la empresa, lo que podría calificarse en situaciones específicas como acoso laboral. Estas situaciones de subcarga de trabajo pueden tener consecuencias tan negativas para la persona empleada como las situaciones de sobrecarga, ya que la falta de estimulación es tan perjudicial como el exceso.

Acoso y violencia en el trabajo

En materia de acoso sexual, moral y violencia en el trabajo se ha observado una evolución relevante desde la respuesta reactiva hacia la intervención de tipo preventiva y proactiva. Según la respuesta reactiva, el deber de seguridad de las empresas se activa una vez que se ha producido el daño y se deben aplicar los mecanismos de resolución del conflicto. En cambio, según la intervención de tipo preventiva y proactiva existe también un deber de evaluar el riesgo de acoso y adoptar medidas preventivas.

Esta línea de tendencia se percibe claramente si comparamos el contenido del Acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo 26 de abril de 2007 y el más reciente Convenio de la OIT nº 190 sobre violencia y acoso de 2019.

El Acuerdo marco comunitario se centra en aportar una definición y la necesidad de elaborar procedimientos de solución del conflicto. Se indica en el Acuerdo Marco

³ INSST, La carga mental de trabajo, 2002.

comunitario que: *«Se da acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les amenaza o se les humilla en situaciones vinculadas con el trabajo. Se habla de violencia cuando se produce la agresión de uno o más trabajadores o directivos en situaciones vinculadas con el trabajo. El acoso y la violencia pueden provenir de uno o más directivos o trabajadores, con la finalidad o el efecto de perjudicar la dignidad de la víctima, dañar su salud o crearle un entorno de trabajo hostil».*

A partir de la definición expuesta, las medidas recogidas son las siguientes: a) aumentar la sensibilización de todo el personal y darle una formación apropiada puede hacer que disminuya la probabilidad de acoso y de violencia en el trabajo; b) Las empresas deben redactar una declaración de que no tolerarán el acoso y la violencia. En esta declaración se especificarán los procedimientos a seguir en caso de incidentes. Entre estos procedimientos puede figurar una fase informal en la que una persona en quien confían tanto la dirección como los trabajadores ofrece ayuda y asesoramiento.

A su vez, se explica que un procedimiento (la respuesta reactiva) es adecuado si tiene en cuenta, entre otros, los elementos siguientes:

- Va en interés de todas las partes proceder con la discreción necesaria para proteger la dignidad e intimidad de todos.
- No debe revelarse ninguna información a partes no involucradas.
- Las denuncias deben investigarse y tratarse sin demoras injustificadas.
- Todas las partes implicadas deben ser escuchadas con imparcialidad y recibir un tratamiento justo.
- Las denuncias deben ir sustentadas por información detallada.
- Las acusaciones falsas no deben tolerarse y pueden dar lugar a una acción disciplinaria.
- Una ayuda exterior puede resultar útil.

Si se establece que ha tenido lugar acoso o violencia, se tomarán medidas apropiadas contra sus autores. Estas medidas irán de la sanción disciplinaria al despido. Las víctimas recibirán apoyo y, si es preciso, ayuda para su reintegración. En consulta con los trabajadores o sus representantes, los empresarios establecerán, revisarán y controlarán estos procedimientos para velar por que sean efectivos tanto para evitar problemas como para tratarlos cuando surjan.

Por su parte, el Convenio OIT nº 190 sobre violencia y acoso ratificado por España el 25 de mayo de 2022 es más ambicioso por lo que se refiere a las medidas de prevención. Ya el Preámbulo del propio Convenio expresa que: *«Reconociendo que la violencia y el acoso*



en el mundo del trabajo afecta a la salud psicológica, física y sexual de las personas, a su dignidad, y a su entorno familiar y social».

Las definiciones de acoso y violencia en el trabajo son más completas en el Convenio de la OIT. Así, indica el artículo 1 la definición de acoso moral: La expresión “violencia y acoso” en el mundo del trabajo designa un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género. Y la expresión “violencia y acoso por razón de género” designa la violencia y el acoso que van dirigidos contra las personas por razón de su sexo o género, o que afectan de manera desproporcionada a personas de un sexo o género determinado, e incluye el acoso sexual.

Las medidas preventivas se recogen en los artículos 9 y 10 del Convenio OIT. En el artículo 9 del Convenio de la OIT ya se menciona la obligación de evaluar los riesgos de violencia y acoso con la participación de los trabajadores y sus representantes:

«Todo Miembro deberá adoptar una legislación que exija a los empleadores tomar medidas apropiadas y acordes con su grado de control para prevenir la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, incluidos la violencia y el acoso por razón de género, en particular, en la medida en que sea razonable y factible:

a) adoptar y aplicar, en consulta con los trabajadores y sus representantes, una política del lugar de trabajo relativa a la violencia y el acoso;

b) tener en cuenta la violencia y el acoso, así como los riesgos psicosociales asociados, en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo;

c) identificar los peligros y evaluar los riesgos de violencia y acoso, con participación de los trabajadores y sus representantes, y adoptar medidas para prevenir y controlar dichos peligros y riesgos, y

d) proporcionar a los trabajadores y otras personas concernidas, en forma accesible, según proceda, información y capacitación acerca de los peligros y riesgos de violencia y acoso identificados, y sobre las medidas de prevención y protección correspondientes, inclusive sobre los derechos y responsabilidades de los trabajadores y otras personas concernidas en relación con la aplicación de la política mencionada en el apartado a) del presente artículo».

Y en el artículo 10 del Convenio OIT se incluyen dos medidas de protección de la persona empleada que padece el acoso o la violencia en el trabajo: en primer lugar, la autotutela indicando que la legislación de los Estados miembros deberá garantizar que todo trabajador tenga el derecho de alejarse de una situación de trabajo sin sufrir represalias u otras consecuencias indebidas si tiene motivos razonables para considerar que ésta presenta un peligro grave e inminente para su vida, su salud o su seguridad a consecuencia de actos de violencia y acoso, así como el deber de informar de esta situación a la dirección. Y, en segundo lugar, la vía de la Inspección de Trabajo en el sentido de añadir la competencia de velar para que la inspección del trabajo y otras autoridades pertinentes, cuando proceda, estén facultadas para actuar en caso de violencia y acoso en el mundo del trabajo, incluyendo el dictado de órdenes que requieran la adopción de medidas de aplicación inmediata, o que impongan la interrupción de la actividad laboral en caso de peligro inminente para la vida, la salud o la seguridad de los trabajadores, a reserva de cualquier recurso judicial o administrativo que pueda prescribir la legislación.

Mal clima o ambiente laboral

Conceptos como la cohesión, la colaboración, la cooperación, la calidad de las relaciones interpersonales sirven para describir el clima social en una organización de trabajo. Algunos estudios relacionan la calidad del clima laboral con la posibilidad de que se incremente la accidentabilidad (accidentes por negligencias o descuidos, accidentes voluntarios...)⁴.

Precariedad laboral

Se define el empleo precario como el empleo que está mal pagado, no es seguro, no está protegido y no puede mantener un hogar. El trabajo precario tiene que ver con los derechos laborales, el contenido del trabajo, la organización del trabajo, las relaciones y las condiciones laborales, así como con la salud y seguridad en el trabajo (incluidos los factores psicosociales)⁵. Como se ha dicho antes, el miedo a perder el empleo se valora como riesgo psicosocial que afecta al 13% de la población trabajadora europea.

⁴ NTP 476 del INSSST El hostigamiento psicológico en el trabajo: *mobbing*.

⁵ Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre la salud mental y el trabajo precario, 9 de octubre de 2023.



Desde 2023 en la Unión Europea se está promoviendo un enfoque sistemático de la gestión de riesgos por parte del empleador contribuye a la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, que también debería centrarse, en concreto, en el trabajo precario⁶.

1.4 La transformación de los riesgos psicosociales como consecuencia de la digitalización

La digitalización con la gestión algorítmica ha traído una intensificación del trabajo, una mayor disponibilidad y probabilidad de tener largas jornadas de trabajo y de estar expuestos a niveles más elevados de exigencia cuantitativas, emocionales y sensoriales, así como la pérdida de autonomía como consecuencia de nuevos sistemas de control. Los trabajadores se esfuerzan en maximizar el tiempo. Todo lo cual genera una alta tensión y se traduce en el incremento del estrés laboral (Payá y Calvo, 2020).

Igualmente, el trabajo a distancia y las nuevas formas de comunicación en la empresa produce que algunos riesgos psicosociales como el acoso se transforman y hablemos de ciberacoso.

2. Las consecuencias

Las consecuencias derivadas de los riesgos psicosociales pueden ser tener una dimensión individual y una dimensión de carácter organizativo.

2.1 Dimensión individual (ansiedad, estrés, depresión, burnout, suicidio y muerte por exceso de trabajo “*Karoshi*”, adicciones).

En el plano individual, cabe mencionar la ansiedad, estrés, depresión, *Burnout*, infartos, suicidio y muerte por exceso de trabajo (*Karoshi*) y adicciones.

⁶ Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre la salud mental y el trabajo precario, 9 de octubre de 2023.

Estrés laboral

La OIT indica respecto del estrés laboral que *«el estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura de una empresa»* (OIT, 2016, p. 62).

Por su parte, en el Criterio Técnico de la Inspección de Trabajo se define el estrés laboral como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación (CT 104/2021).

Podemos especificar aquellas sintomatologías individuales que afectan a la salud de la propia persona trabajadora que sufre estrés laboral, constatando los siguientes problemas de salud mental:

-Algunos de los trastornos emocionales son la ansiedad, obsesión, fobias, fatiga, alienación, apatía, descenso de autoestima, cambios de humor, desórdenes mentales, irritabilidad, impaciencia, negativismo, depresión y tendencia al suicidio.

-Entre los trastornos cognitivos más comunes destacan dificultad en la concentración y en la memoria, distracciones, disminución de funciones cognitivas, desorientación, bloqueos mentales, entre otros.

-Trastornos del comportamiento mediante el desorden de la conducta alimenticia, del sueño, abuso de sustancias, adicciones, etc. (González Cobaleda, 2021, pp. 87 y 88).

Burnout o síndrome del quemado

Fue el psicólogo Freudenberger quien en el año 1974 efectuó un estudio de forma extensa sobre el *Burnout* o síndrome del quemado (SQM), determinando que el *Burnout* es una *«sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador»*, que deteriora y produce el cansancio excesivo y progresivo, con una drástica reducción de la



energía, ocasionando en la persona trabajadora una desmotivación y afectando a las actitudes de energía, modales y el comportamiento en general.

Por su parte, Maslach y Jackson lo definieron como la «*respuesta del individuo al estrés laboral crónico que se manifiesta por un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*» (Maslach y Jackson, 1986). Consideran que el *Burnout* se configura desde tres factores determinantes, es decir, es tridimensional. Estos son el agotamiento emocional, la despersonalización y reducida o baja realización personal. El primer factor, desde el agotamiento emocional, mediante sensaciones de sobreesfuerzo físico y cansancio emocional. El segundo factor dimensional, es la despersonalización por la ejecución de actitudes y respuestas negativas y cínicas hacia las personas que son clientes, pacientes o usuarias receptores del servicio prestado. Por último, la baja realización personal que es la tendencia a la pérdida de confianza en sí mismo, evaluando el propio trabajo de forma negativa.

La definición de los expertos se ha incluido en el Criterio Técnico de la Inspección de Trabajo, donde se explica que el *Burnout* es el estado de estrés crónico que se caracteriza por la falta de realización personal en el trabajo, el agotamiento emocional y la despersonalización (en el caso del trato o servicios a personas) o el cinismo (de forma más general) (CT 104/2021).

Es importante resaltar que esta patología es consecuencia, fundamentalmente por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo⁷.

Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de riesgos psicosociales-especialmente en entornos de servicios humanos-, o no se protege adecuadamente a la persona trabajadora frente a esta consecuencia o, en todo caso, no se adaptan el trabajo a la persona, el SQT puede aparecer⁸.

La OMS ha considerado el burnout como una patología incluida en su Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entró en vigor en el año 2022. En concreto, se incluye como un problema asociado al trabajo o al desempleo y lo conceptualiza como resultado de un estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado o resuelto correctamente (González Cobaleda, 2021, p. 94).

⁷ NTP 704 del INSSST Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout.

⁸ NTP 704 del INSSST Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout.

Suicidio y muerte por exceso de trabajo (Karoshi)

Respecto del suicidio, hay que destacar las señales verbales y no verbales como indicadores del riesgo (ICAM, 2023):

Señales verbales: Es frecuente que las personas evidencien de forma verbal, aunque no necesariamente explícita, su intención de quitarse la vida:
Habla de suicidarse. Verbaliza: “He decidido matarme”, “Desearía estar muerto”, “Me voy a suicidar”, “Voy a terminar con todo”, “Si esto no pasa, me voy a matar” ...

Indicaciones en clave: “No seré un problema por mucho tiempo más”, “si me pasa algo quiero que sepan que...”, “Mi familia estaría mejor sin mí”, “Muy pronto no se tendrán que preocupar por mí” ...

Y las **señales no verbales:**

Se debe prestar especial atención a aquellas personas que experimentan cambios ostensibles en su comportamiento habitual:

- Cólera, agresión, irritabilidad inexplicable.
- Regalar posesiones de gran estima.
- Impulsividad / incremento de riesgos.
- Alteraciones del sueño (dormir poco o demasiado).
- Comer poco o compulsivamente (alteraciones alimenticias).
- Problemas de estómago, dolores de cabeza en exceso (crónico), irregularidad de la menstruación (mujeres).
- Aislamiento.
- Tener comportamientos autodestructivos.
- Sentimientos de culpa o desesperanza.
- Cambios drásticos en los estados de ánimo y comportamientos.
- Periodos de calma y agitación (repentinos e inusuales).
- Dificultad para expresarse, concentrarse o pensar claramente.
- Pérdida de interés en actividades que realizaba.

- Aumento del consumo de alcohol y/o drogas.
- Apariencia desaliñada

Karoshi es la muerte por exceso de trabajo y tiene su origen en Japón. No obstante, se advierte este problema en otros países donde se han identificado casos muy semejantes⁹.

Adicciones

Las adicciones comprenden consumo de alcohol, drogas, malos hábitos alimenticios, entre otros. Entre las causas del consumo de alcohol por parte de las personas trabajadoras se apuntan las siguientes:

- El alcohol produce una sensación de energía después del esfuerzo físico intenso.
- Como forma de relacionarse socialmente con compañeros y clientes.
- Para hacer frente al estrés térmico (frío o calor intenso).
- Para sobrellevar la monotonía en trabajos repetitivos.
- Para hacer frente a problemas laborales: conflictos con los compañeros o superiores, inestabilidad laboral, etc.
- Para afrontar situaciones de riesgo en el trabajo (Martín Malo, 2018).

En algunos convenios colectivos se advierte que el impacto negativo que el estrés en el trabajo tiene para la salud de las personas y de las organizaciones es un dato sobre el que existe suficiente evidencia científica. El estrés se ha relacionado con un cierto número de síntomas físicos y psíquicos como migraña, úlceras de estómago, irritabilidad, impotencia, alteraciones menstruales, ansiedad, falta de concentración, indecisión. También con comportamientos insalubres como fumar, hábitos alimenticios, falta de ejercicio y abuso de alcohol y drogas¹⁰.

La existencia de trabajadores que han consumido alcohol y se encuentran bajo los efectos de dicho consumo puede tener consecuencias directas en el ámbito de la prevención de riesgos laborales en la empresa. Estos trabajadores, en función del puesto que ocupan y

⁹La muerte de un empleado agotado aviva el debate sobre el tiempo de trabajo en China, 9 febrero de 2022. Vid. noticia: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20220209-la-muerte-de-un-empleado-agotado-aviva-el-debate-sobre-el-tiempo-de-trabajo-en-china>

¹⁰ Convenio colectivo sectorial provincial de Alicante para salas de bingo, BO. Alicante 6 de junio 2022, nº 106.

de las funciones desarrolladas, pueden generar riesgos no solo para su seguridad y salud, sino también para la del resto de los trabajadores y otras personas relacionadas con la empresa. No obstante, en la legislación laboral y en los convenios colectivos se tiende a considerar el consumo de alcohol en el medio laboral como causa de sanción e incluso de despido, y no tanto como un problema preventivo por suponer un riesgo para la salud de la persona trabajadora¹¹.

2.2 Dimensión de carácter organizativo

La dimensión de carácter organizativo de los riesgos psicosociales advierte que algunas de las consecuencias pueden ser la elevación de la accidentabilidad y lesiones, la impuntualidad, absentismo, escaso rendimiento, presentismo laboral, entornos conflictivos de trabajo, elevada rotación laboral e intentos de abandono del trabajo y detrimento en la competitividad e imagen pública de la empresa (González Cobaleda, 2021, pp. 87 y 88).

Según el INSST, una empresa es más competitiva y eficaz si sus componentes tienen mejor salud y calidad de vida en el trabajo, puesto que de no ser así repercute negativamente sobre la organización (más incidentes y accidentes, absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Tampoco hay que despreciar las consecuencias que para la sociedad se derivan de que las personas empleadas del sector privado y los profesionales del sector público padezcan enfermedades como consecuencia de los riesgos psicosociales, tanto en costes de servicio como económicos¹².

3. Herramientas para la prevención

De las obligaciones que fija la Ley de Prevención de Riesgos Laborales entendemos que hay que destacar y desarrollar principalmente tres de ellas: la evaluación de riesgos, la formación y la vigilancia de la salud de las personas empleadas. Si se articulan estas medidas con el enfoque de los riesgos psicosociales, pueden beneficiar de forma notable a la salud mental de las personas empleadas.

¹¹ Más extensamente sobre el tema, Marín Malo, 2018.

¹² NTP 704 del INSST Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout.



3.1 La evaluación de riesgos

El compromiso de evaluar los riesgos psicosociales está en los artículos 15 y 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, con el fin de aplicar las medidas adecuadas para proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 33 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el artículo 3.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención, el empresario deberá consultar a los representantes de los trabajadores, o a los propios trabajadores en ausencia de representantes, acerca del procedimiento de evaluación a utilizar en la empresa o centro de trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales considera que la organización del trabajo forma parte de las condiciones de trabajo que influyen en la salud y seguridad de los trabajadores, entre otros mecanismos a través de la exposición nociva a los riesgos psicosociales. Por ello, las características de la organización del trabajo deben ser evaluadas, controladas y modificadas si generan riesgos.

El método de evaluación debe reunir unos requisitos mínimos científicos y operativos siendo fundamental que sea participativo, y que cumpla los requerimientos jurídicos establecidos para cualquier método de evaluación de riesgos.

Los requisitos científicos y operativos que debe reunir un método de evaluación de riesgos psicosociales son:

- Tener una base conceptual fundamentada en el conocimiento científico del ámbito de la salud laboral
- Ser participativo
- Estar validado y ser fiable
- Ser operativo
- Ser jurídicamente apropiado

Ante la ausencia de desarrollo normativo sobre el método a utilizar, el Reglamento de los Servicios de Prevención (artículo 5.3) prevé que los métodos o criterios que se utilicen para evaluar sean: guías de otras entidades de reconocido prestigio en la materia u otros métodos o criterios profesionales descritos documentalmente y que proporcionen confianza en su resultado.

Con independencia de los métodos que evalúan factores concretos, existen una serie de métodos generales para evaluar los factores de riesgo psicosocial. Los distintos métodos pueden agruparse en dos categorías: Los métodos cuantitativos, que consisten en cuestionarios y encuestas, y que son los más utilizados, y los métodos cualitativos, que consisten en entrevistas y grupos de discusión. Estos últimos se utilizan para estudios individuales o grupos pequeños, o como complemento a métodos cuantitativos.

Entre los métodos cuantitativos destacan, por ser los de mayor fiabilidad y validez probada, y estar elaborados por entidades de acreditado y reconocido prestigio, los siguientes:

- Método de evaluación de los factores psicosociales elaborado por el INSST.
- Método ISTAS 21, elaborado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CC.OO.
- Método AIP (Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona-INSST).
- Manual para evaluación de riesgos psicosociales en PYMES (INSST e Instituto de Biomecánica de Valencia, con subvención de la Agencia Europea).

Existen unos métodos muy conocidos, pero actualmente de uso muy limitado:

- El método LEST, del laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo. Tiene en cuenta especialmente la atención y el factor tiempo.
- El método de los Perfiles de Puestos. También tiene en cuenta la atención y el factor tiempo.
- El método ANACT, Agencia Nacional de las Condiciones de Trabajo. Incluye entre otras las variables “rapidez de ejecución” y “nivel de atención”.

Otros métodos:

INERMAP (Instituto de Ergonomía de MAPFRE)
Cuestionario RED-WONT (Universidad Jaime I)
Prevenlab análisis, evaluación, gestión e intervención de factores psicosociales. (Universidad de Valencia).
PSICOMAP, para riesgos psicosociales en industria. Incluye trastornos del sueño derivados del trabajo a turnos.



EDUMAP, sector educativo.
SANIMAP, sanitario.
OFIMAP, trabajos administrativos o de oficina.
TELEMAP, teleoperadores.
Método de análisis ergonómico del puesto de trabajo (EWA), tiene en cuenta la atención y la toma de decisiones.
Método NAXA LTX. Evalúa la carga mental en el sector sanitario.
Método Goldberg o el Test de Salud Total de Langner-Amiel. Evalúa aspectos globales de salud total en el trabajo a turnos y nocturno (Rodríguez y Muñoz, 2021).

De todos ellos, los más conocidos son los métodos del INSST e ISTAS 21. El método del INSST parece el más utilizado por diversas razones: en primer lugar, es el método recomendado por la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social y, en segundo término, es neutral. Conviene recordar que el método ISTAS 21 ha sido elaborado por el sindicato CCOO.

En cuanto a los ítems evaluados en el método del INSST cuenta con 89 ítems, evaluando 9 factores: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol y relaciones y apoyo social. Su fiabilidad es muy alta, si bien se ha detectado alguna anomalía en la aplicación de este método, pues los niveles de exigencia de participación son muy elevados.

Por su parte, el método ISTAS 21 consta de 109 preguntas estructuradas en 3 partes. En primer lugar, datos sociodemográficos, condiciones de trabajo y trabajo doméstico-familiar a través de 25 preguntas del cuestionario. En segundo lugar, exposiciones psicosociales con 69 pregunta. Y, en tercer lugar, datos sobre salud y satisfacción mediante 15 ítems. La práctica del método pone en valor la inclusión de la evaluación de la doble presencia en el caso de las mujeres trabajadoras.

3.2 La formación

El Anexo VI del Reglamento de los Servicios de Prevención realiza una sucinta referencia a los riesgos psicosociales en el apartado de la formación. En concreto, se refiere al estrés y otros problemas psicosociales y las consecuencias de los factores psicosociales nocivos y su evaluación como contenido mínimo del programa de formación, para el desempeño

de las funciones de nivel superior del Técnico de Prevención de Riesgos Laborales. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, este contenido formativo debería ampliarse y concretar los principales riesgos psicosociales.

La práctica de la prevención advierte que no son muy conocidos los riesgos psicosociales entre la población trabajadora. De ahí, la necesidad de articular protocolos formativos dirigidos a esta materia.

3.3 La vigilancia de la salud orientada a la prevención

Los estudios indican el escaso resultado preventivo de las medidas de vigilancia de la salud que se basan en los reconocimientos médicos de las personas trabajadoras, siendo una de las medidas preventivas de mayor coste para las empresas. Según los datos disponibles de 2019, el 79% de las empresas españolas con cinco o más personas en plantilla realizan “exámenes médicos relacionados con los riesgos de los puestos de trabajo ocupados”, siendo la actividad preventiva que más recursos económicos requirió en la mayoría (68%) de las empresas fue precisamente la realización de exámenes médicos, por delante de la adquisición de equipos de protección (49%) o del acondicionamiento de los lugares de trabajo (42%). La formación en prevención de riesgos laborales ocupaba el segundo lugar (56%) en la relación de actividades que mayor inversión habían requerido por parte de las empresas para la prevención (García García, 2023).

Entendemos que esta conclusión puede ser todavía más problemática en el caso de los riesgos psicosociales debido a su escasa atención en las empresas y la ausencia de un protocolo de vigilancia de la salud en esta materia. En efecto, los protocolos de vigilancia de la salud elaborados por el Ministerio de Sanidad han focalizado su atención sobre riesgos específicos, pero hasta el momento no se ha abordado esta problemática:

PROTOCOLO	AÑO	PERIODICIDAD	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Manipulación manual de cargas	1999	1: 2 o 3 años 2: 1 año (3 o 6 meses)	
Pantallas visualización datos	1999	I: 4 años (>40: 2 años) II: 2 años. III: 6 meses	Examen osteomuscular. Reconocimiento oftalmológico. Valoración de carga mental
Plomo	1999	I: 1 año II: 6 meses. III: 3 meses IV: 1 mes	Plumbemia (plomo en sangre) .obligatoria. Cabe analítica general y Zinc protoporfirina eritocitaria.



PROTOCOLO	AÑO	PERIODICIDAD	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Cloruro de vinilo monómero	1999	Rinoscopia, ecografía hepática y Sangre : 1 año Espirometría/RX. 2 años	Sangre (hemograma y bioquímica), espirometría forzada, rinoscopia , ecografía hepática y RX manos
Plaguicidas	1999	1: 1 año 2: 6 meses	En organofosforados y carbamatos: colinesterasa plasmática y eritrocitaria, pseudocolinesterasa plasmática, GPT y gamma GT. En paration paranitrofenol
Movim. repetidos	2000	I: 2 años. II: 1 año.	
Posturas forzadas	2000	I:3 años.II:2 año.III:1año	
Agentes anestésicos inhalatorios	2001	Valorar en cada caso (no más de 3 años)	Analítica sangre (hemograma, vitamina B12, ácido fólico, bioquímica).Control biológico halotano (aire alveolar u orina o ácido trifluoroacético en sangre), isofluorano (orina), óxido nitroso (sangre/orina),...
Agentes biológicos	2001	Según riesgo. Valorar inmunidad (vacunas y otros)	Analítica general en sangre u orina y otras. Otras según germen (detección directa,cultivos, detección antígenos, serología anticuerpos, aglutinaciones)
Agentes citostáticos	2003	Máximo 3 años.	Analítica de sangre (hemograma, bioquímica hepática y otras) y orina, marcadores biológicos de hepatitis, espirometría en ocasiones
Óxido de etileno	2003	1: 2 años 2: 1 año	Analítica de sangre (hemograma y bioquímica) y orina, RX tórax, función respiratoria, test de embarazo, estudios de fertilidad y citogenéticos,...
Radiaciones ionizantes	2004	Cristalino: 1 año. Otras: 5 años (se adelantan según casos). Tender a año	Analítica sangre (hemograma, bioquímica) y orina, espirometría, electrocardiograma, audiometría, exploración oftalmológica. Dosimetrías.
Amianto	2013. Rev.	Mínimo 2 años.RX tórax. 2 o 5 años. TCAR según	Función respiratoria. Diagnóstico por imagen (RX tórax, TCAR, RM, PET, etc.)
Ruido	2019 R	1: 5 años 2. 3 años	Otoscopia. Audiometría
Neuropatía presión	2000	I: 2 años. II: 1 año.	
Asma laboral	2000	I: 2 años II: 1 año	Analítica general, espirometría, RX tórax. Métodos especializados (pico-flujo, función pulmonar, test histamina o metacolina, anticuerpos específicos con pruebas cutáneas e in vitro, test de provocación
Alveolitis alérgica extrínseca	2000	I: 3años II: 1 año	Analítica general, espirometría y RX de tórax
Dermatosis laboral	2003	Según casos	Muy diversas, según cada caso
Agrario	2013	Según casos	
Adenocarcinoma fosas nasales	2019	3 años	Nasofibroscoopia

PROTOCOLO	AÑO	PERIODICIDAD	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
/senos por polvo madera			
Silicosis	2020 Rev.	1 año generalmente En ciertos casos.3 años	RX tórax. Función respiratoria En algún caso, electrocardiograma
Químicos	2023	Según casos	Anamnesis Específica y pruebas complementarias según los casos

Fuente: Rodríguez Sanz de Galdeano, B. y Muñoz Ruiz, A.B. (Dir.), Guía práctica de prevención de riesgos laborales, Cinca, 2021.

Resulta interesante en este punto destacar la herramienta del INSST denominada Test de Salud Total (TST) que puede aportar al mundo del trabajo indicadores del estado de salud (específicamente, a través de sintomatología psicósomática y depresivo-neurótica) que pueden estar asociados a las condiciones de trabajo¹³. Dicha herramienta data de 1996 y sería muy útil que se revisara para tener en cuenta los cambios tecnológicos, económicos y sociales producidos desde entonces.

Según indica el INSST, el TST tiene su origen en los EE. UU. (Langner) y posteriormente ha sido estudiado por un gran número de autores. De un conjunto de 120 preguntas planteadas a enfermos mentales y a personas libres de problemas psíquicos, el psicólogo americano Langner eligió sólo 22 ítems que le permitían diferenciar nítidamente ambos grupos. Estos ítems los vuelve a tomar Amiel (Francia), teniendo en cuenta las significaciones culturales de ciertas expresiones. En esta adaptación francesa el orden de los ítems y algunas de sus frases se encuentran modificados. Después, este test ha sido utilizado en Bélgica por Vander Putten, y en Francia por Bessuges, Mor, Thiry...

El TST es un indicador de salud mental pero no es un test que evalúa la salud mental de un/os sujetos. Esto es en alguna medida un termómetro que sirve para poner en evidencia la existencia probable, pero no cierta, de desórdenes psíquicos no directamente revelados por los sujetos.

Este cuestionario está diseñado y dirigido a detectar esa posible falta de salud. A este respecto, sobre todo, son importantes los factores psicosociales del trabajo, que resultan de las interacciones entre medio de trabajo, la naturaleza del trabajo y las tareas, condiciones del trabajo por una parte y, por otra parte, las capacidades y necesidades de los trabajadores; las costumbres, culturas y las condiciones de vida fuera del trabajo. Estas interacciones son susceptibles de influir sobre la salud, el resultado del trabajo y la

¹³ NTP 421 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: "Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral.



satisfacción que los trabajadores pueden experimentar. En caso de resultar significativo los resultados del test, en el ámbito del trabajo, las empresas deberían plantearse examinar parámetros en relación a: las exigencias del trabajo, el control del mismo, tanto en las necesidades formativas como en la capacidad de decidir por parte del trabajador, y al apoyo social, tanto en relación a compañeros como a superiores.

Resulta obvio señalar que es un test bidireccional, pues una situación de salud se ha relacionado con niveles menores de absentismo y rendimientos más elevados. Es por esto, también, por lo que resulta necesario y conveniente para los propios objetivos de la empresa ocuparse de la salud, globalmente entendida.

En este cuestionario los aspectos que se manifiestan más son psicossomáticos y relacionados con el estrés. Así, aunque tiene correlación con otras disfunciones (por ejemplo, del aparato digestivo, reumatismos, aparato respiratorio...) la mayor correlación se da con disfunciones del sistema nervioso central y periférico.

Con este cuestionario formado por lista de síntomas obtenemos información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían definir un problema de salud mental. Las puntuaciones con listas de síntomas dan más una información sobre el nivel de estrés percibido por los sujetos y el nivel de "desmoralización" que sufre, que la existencia de enfermedades psiquiátricas clasificables. De todas formas, el estudio de este tipo de encuestas ha evidenciado que depresión, ansiedad y estados psicofisiológicos es lo más destacable a reseñar en las mismas. Así, este tipo de encuestas estandarizadas miden estados neuróticos y reacciones psicofisiológicas.

La importancia de esta escala estriba en evaluar la autopercepción del estado de bienestar de los sujetos. De esta manera, "salud mental" no es sólo el negativo de la presencia de enfermedades psiquiátricas.

Se propone abordar la salud, en el ámbito laboral, no en sentido idealista como dice la OMS sino en un sentido comportamental y concreto refiriéndose a los indicadores de calidad de vida en el trabajo. En este sentido, el TST ha sido relacionado en muchos estudios con las condiciones de trabajo.

Cuadro 1: Aspectos sintomáticos abordados por el TST:

1. Cómo es el apetito, en general.
2. Si la persona sufre ardor de estómago varias veces por semana.
3. Si sufre dolores de cabeza.
4. Si últimamente, te cuesta dormir o duermes peor de lo que solía.

5. Si, últimamente, la memoria, en conjunto, te responde satisfactoriamente.
6. Si, en general, está la persona de buen humor.
7. El nerviosismo, la irritabilidad o la tensión.
8. La tendencia a preocuparse innecesariamente.
9. Sensaciones bruscas de calor.
10. Si últimamente has tenido la sensación de sofoco o ahogo, si haber realizado esfuerzos físicos.
11. Sensaciones de pesadez de cabeza o nariz taponada.
12. Si últimamente se han tenido momentos de tal inquietud como para no poder estar quieto.
13. Si han pasado días, semanas o meses, incluso, sin ocuparse de nada porque no podía llegar a empezar.
14. Sensación de fatiga.
15. Sufrir palpitaciones.
16. Si últimamente ha sufrido algún desvanecimiento.
17. Sensaciones de sudores fríos.
18. Si últimamente a la persona le tiemblan las manos hasta tal punto que le molesta.
19. Tener preocupaciones que incluso le hacen sentirse físicamente enfermo.
20. Sentirse aislado o sólo, aunque esté entre amigos.
21. Tener la impresión de que ahora, al individuo, todo le sale mal.
22. Tener la sensación de que nada vale realmente la pena.

La dimensión de género puede ser incluida en el TST. En función del estudio que se quiera realizar se pueden añadir datos como: sexo, edad, puesto de trabajo, antigüedad en el puesto, centro de trabajo... Así, posteriormente se puede tratar y conseguir información más valiosa para el diagnóstico.

Se podrá usar como semáforo, donde la luz roja (puntuación sintomática $T \geq 8$) nos indicaría la alerta. Así, si se tienen puntuaciones altas, indicativas de menor salud en los trabajadores, existen grandes probabilidades de disfunción en la organización a todos los niveles. Se podrían traducir en tensiones interpersonales, absentismo, falta de rendimiento... que redundarán en una menor eficacia de la organización. Igualmente, "semáforo en ámbar", se debería prestar atención a puntuaciones sintomáticas intermedias, que podrían reclamar cierta atención.

Es interesante advertir que el cuestionario no delimita el ámbito laboral del extralaboral, puesto que lo que persigue es evaluar la no salud, y no son separables a este nivel dichos campos, puesto que la salud es un continuo. No obstante, la posibilidad de que unos resultados altos puedan relacionarse con el contexto laboral es lo que debe importar. Y este hecho ya está demostrado en diversos estudios, según indica el INSST.



El TST, desde la exploración sintomática, está relacionado con el momento de su utilización y refleja posible sintomatología depresivo-neurótica. No así psicótica, por ejemplo. No es un test que valora la salud mental de la persona, pero sí nos habla de ella en cuanto valora, a través de la sintomatología descrita, situaciones de sufrimiento por encima de lo que es normal o deseable.

Su aplicación puede resultar eficaz, pues es un buen indicador de una situación inespecífica (estrés), base de disfunciones más complejas de orden interactivo.

Así, podemos concluir que en esencia se consigue fotografiar una situación. Se aconseja acompañarlo de evaluaciones complementarias de condiciones psicosociales específicas, según los resultados, su análisis y el posterior planteamiento de hipótesis.

4. Recomendaciones para la negociación colectiva

Son todavía escasos los convenios colectivos que regulan los riesgos psicosociales. En relación con los convenios colectivos que abordan esta materia, la mayoría incluyen medidas sobre acoso moral. Son minoritarias las cláusulas de la negociación colectiva que incluyen el estrés o el riesgo psicosocial. A diferencia de la violencia en el trabajo y los tipos de acoso, hay pocos protocolos contra el estrés en los convenios colectivos.

Sin embargo, la negociación colectiva tiene muchas posibilidades para mejorar la salud mental de las personas trabajadoras. Desde nuestro punto de vista, es deseable que sean los convenios colectivos de sector los que se encarguen de abordar esta materia. De esta forma se evita la regulación fragmentada y dispar del conjunto de las personas trabajadoras del sector y se economiza el tiempo invertido por los negociadores para lograr el acuerdo.

4.1 Evaluación de riesgos psicosociales

La negociación colectiva tiene la oportunidad de mejorar la regulación legal prevista en el artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales sobre evaluación de los riesgos. A continuación, se formulan algunas recomendaciones y ejemplos.

Incluir de forma explícita la obligación de evaluar los factores de riesgo psicosociales

Ejemplo 1: Artículo 67 del Convenio colectivo nacional de las empresas y personas trabajadoras de perfumería y afines¹⁴:

«1. Principios generales.

1.1 De la acción preventiva. La acción preventiva estará inspirada en los siguientes principios:

I. Evitar y combatir los riesgos en su origen.

II. Evaluar aquellos que no se puedan evitar, teniendo en cuenta la evolución de la técnica.

III. Sustituir aquello que resulte peligroso por lo que lo sea menos o no lo sea.

IV. Anteponer la prevención colectiva a la individual, utilizando los equipos de protección individual solo cuando no sea posible evitar los riesgos actuando sobre sus causas.

V. Planificar la prevención, en todas sus modalidades, incluyendo la evaluación de los riesgos psicosociales».

Ejemplo 2: Disposición Adicional 1ª del Convenio colectivo de la empresa *Tim Iberia, Sociedad Limitada*¹⁵:

«Las evaluaciones de riesgo contendrán necesariamente un análisis de las condiciones de trabajo, tanto desde el punto de vista de la seguridad e higiene industrial, como de los factores ergonómicos y psicosociales derivados del trabajo».

Ejemplo 3: Artículo 29.1 del Convenio colectivo del Grupo de empresas Mercadona, SA y Forms Valenciana Forva, SA Uniperso¹⁶:

«(...) Las evaluaciones de riesgos contendrán necesariamente un análisis de las condiciones de trabajo tanto desde el punto de vista de la seguridad e higiene

¹⁴ BOE 26 de enero de 2023, nº 22.

¹⁵ BOCM Madrid de 13 octubre 2018, nº 245.

¹⁶ BOE de 18 de febrero 2019, nº 42.



industrial como de los factores ergonómicos y psicosociales derivados del trabajo».

Concretar los factores de riesgo psicosocial con más incidencia en el sector

Ejemplo: El Convenio colectivo sectorial provincial de Alicante para salas de bingo ¹⁷ establece en el anexo I los criterios y recomendaciones en materia de prevención de riesgos laborales y entre el texto de su articulado destacamos los distintos factores de riesgo a evaluar serían los siguientes:

De entre las actividades preventivas que deben realizarse en el sector del bingo destaca la Evaluación Inicial de Riesgos del conjunto del centro de trabajo como una de las más importantes y primeras en una secuencia de actuación preventiva.

Los distintos factores de riesgo a evaluar serían los siguientes:

- ⇒ Ruido.
- ⇒ Iluminación
- ⇒ Temperatura, ventilación y climatización
- ⇒ Trastornos musculoesqueléticos.
- ⇒ Riesgos Psicosociales.

Riesgos Psicosociales:

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha ampliado el concepto de salud laboral considerando el conjunto de las condiciones de trabajo como potenciales factores de riesgos con probabilidad de materializarse en riesgos laborales. La Ley cita el trabajo monótono y repetitivo como uno de los factores de riesgos a evitar.

Los factores psicosociales a considerar básicamente son:

- Ritmo de trabajo elevado.
- Falta de autonomía
- Trabajo monótono

¹⁷ BO. de Alicante 6 de junio 2022, nº 106.

- Tareas repetitivas
- Trabajo que no aporta nuevos conocimientos
- Falta de participación y consulta.
- Trato con el cliente.
- Trabajo nocturno.

El estrés:

El impacto negativo que el estrés en el trabajo tiene para la salud de las personas y de las organizaciones es un dato sobre el que existe suficiente evidencia científica.

El estrés se ha relacionado con un cierto número de síntomas físicos y psíquicos como migraña, úlceras de estómago, irritabilidad, impotencia, alteraciones menstruales, ansiedad, falta de concentración, indecisión.

También con comportamientos insalubres como fumar, hábitos alimenticios, falta de ejercicio y abuso de alcohol y drogas. El estrés es causa de insatisfacción laboral y en general de accidentes y falta de precaución en el trabajo, así como, de problemas maritales y familiares.

Recomendaciones:

Preventivas

- ORGANIZACIÓN (rediseño)
 - Sistemas de trabajo
 - Sistemas de información y comunicación
 - Sistemas de regulación de conflictos
 - Estilos de mando
- INDIVIDUO (adaptación)
 - Formación sobre el funcionamiento interno, ejecución del trabajo, resolución de conflictos...

Terapéutica



- Servicios de apoyo: médico, psicológico

Incluir en la evaluación de riesgos los riesgos derivados de la organización del trabajo fomentando la transparencia en cuanto a las tareas y roles.

Ejemplo: Artículo 95.3 del III Convenio colectivo marco estatal del sector ocio educativo y animación sociocultural¹⁸:

«La empresa prestará especial atención y analizará en las evaluaciones de riesgos los factores de riesgos psicosociales y organizacionales, estudiando y valorando las situaciones de estrés y acoso moral que se desarrollen en el trabajo. Así mismo se implantarán programas preventivos de estrés. Para posteriormente en el apartado 4 del mismo artículo indicar que se adoptarán, específicamente, medidas preventivas con objeto de evitar los efectos de condiciones concretas de trabajo que puedan originar daños en la salud o integridad física y/o psíquica del trabajador o trabajadora. La empresa garantizará la adecuada ergonomía en el puesto de trabajo».

En el artículo 81 del mismo Convenio colectivo se establece que:

«A fin de evitar que se produzca cualquier atentado de estas características (físico, psíquico o moral), por minúsculo que sea, la representación laboral o sindical y, especialmente, la empresa y/o entidad como garante último de la salud laboral en los centros de trabajo, deben:

- 1. Garantizar que en las evaluaciones de riesgos psicosociales se evalúen también los riesgos derivados de la organización del trabajo.*
- 2. Organizar el trabajo de una manera saludable, mediante la puesta en marcha de medidas concretas que ayuden a:*

Fomentar el apoyo social colectivo entre los trabajadores y trabajadoras, potenciando el trabajo en equipo y la comunicación, combatiendo activamente el aislamiento.

¹⁸ BOE 22 de marzo 2021, nº 69.

Promover la autonomía, potenciando la participación a la hora de tomar decisiones relacionadas con los métodos de trabajo y pedagógicos.

Garantizar el respeto y el trato justo a las personas, proporcionando estabilidad en el empleo y en las condiciones de trabajo de acuerdo con las funciones y la calificación del puesto de trabajo.

Garantizar asimismo la equidad y la igualdad de oportunidades en materia de contratación, salario, promoción interna, etc. entre todas las personas, sin distinción de sexo, edad, raza, pertenencia a un sindicato, orientación sexual e identidad de género, ideología, religión y cualquier otra opción o circunstancia de carácter personal.

Fomentar la claridad y la transparencia organizativas, definiendo los puestos de trabajo y las tareas asignadas a cada uno, así como los roles de cada persona.

Proporcionar toda la información necesaria, adecuada y suficiente para el correcto desarrollo individual del trabajo y para la prevención de riesgos laborales.

Impedir todo tipo de manifestación de violencia. Impedir todo tipo de manifestación de autoritarismo, sectarismo o dogmatismo, velando por el mantenimiento de la libertad de cátedra y por el ideario de la empresa y/o entidad.

La dirección de la empresa y/o entidad debe definir y hacer pública la política empresarial de gestión de los recursos humanos, que contenga una declaración de rechazo radical de este tipo de actuaciones. Esta declaración debe ser incluida en el ideario de la empresa y/o entidad, en el reglamento de régimen interno, si lo hay, y se han de hacer partícipes a los usuarios y usuarias y sus familias, incorporándolo en la línea pedagógica».

Incluir en la evaluación de riesgos los factores de riesgo psicosociales, de organización y condiciones físicas del medio ambiente de trabajo, que puedan estar favoreciendo, modulando o manteniendo el uso problemático de alcohol y/u otras drogas.

Ejemplo: Artículo 25 del Convenio colectivo del Sector Consignatarias de Buques, Estibadoras y Contratistas de Operaciones Portuarias (Personal Administrativo, Técnico y de Oficios Varios)¹⁹:

«(...) Las empresas reconocen la intervención sindical de carácter preventivo en materia de drogodependencias. En este sentido, favorecerán la puesta en marcha de programas de prevención, con actuaciones concretas por medio de distintos organismos o departamentos expertos en prevención y tratamiento de drogodependencias, y se comprometen a incluir en todos los procesos de evaluación de riesgos que recoge la Ley en su artículo 16, los factores psicosociales, de organización y condiciones físicas del medio ambiente de trabajo, que puedan estar favoreciendo, modulando o manteniendo el uso problemático de alcohol y/u otras drogas».

Concretar el método de evaluación de los riesgos psicosociales y atribuir esta competencia al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Ejemplo: Artículo 34.3 del V Convenio colectivo de empresas de centros de jardinería²⁰:

«(...) El Comité de seguridad y salud establecerá los mecanismos de detención de posibles riesgos psicosociales y, en su caso, procederán a la evaluación de los mismos y promoverán, adicionalmente, la detención precoz de situaciones de riesgo a través de la vigilancia de la salud».

¹⁹ BO. Las Palmas 27 octubre 2006, nº 137.

²⁰ BOE 16 de febrero 2023, nº 40.

Incluir el compromiso de velar por un ambiente de trabajo exento de riesgos para la salud psíquica de las personas trabajadoras

Ejemplo: El artículo 113.5 del V Convenio colectivo marco del Grupo Endesa²¹ indica que:

«Las partes firmantes del presente Convenio asumen el compromiso de velar porque exista en Endesa un ambiente de trabajo exento de riesgos para la salud psíquica de los trabajadores y, en concreto, para el acoso laboral en cualquiera de sus manifestaciones. A tal efecto, la Empresa prestará especial atención a la detección y evaluación de los riesgos psicosociales, así como a la aplicación de las medidas preventivas y/o correctoras oportunas».

4.2 Vigilancia de la salud

Como se ha dicho, la vigilancia de la salud debería focalizar más en la prevención de los riesgos psicosociales. Al respecto, se proponen algunas medidas para los negociadores.

Establecer mecanismos de detección precoz de situaciones de riesgo a través de la vigilancia de la salud

Ejemplo 1: El artículo 52 del Convenio colectivo estatal de Grandes Almacenes²² dispone que:

«Las empresas establecerán los mecanismos de detección de posibles riesgos psicosociales y, en su caso, procederán a la evaluación de los mismos y promoverán, adicionalmente, la detección precoz de situaciones de riesgo a través de la vigilancia de la salud».

²¹ BOE 17 de junio 2020, nº 169.

²² BOE 9 de junio 2023, nº 137. En idénticos términos se negocia en el artículo 32 del Convenio Colectivo de la empresa Alain Afflelou España, S. A. U BOE 1 de septiembre 2021, nº 209.



Ejemplo 2: El artículo 34.2 del VI Convenio colectivo de los Centros Especiales de Empleo de la Asociación Telefónica de Asistencia a Minusválidos (ATAM)²³ dispone que todos los trabajadores de la empresa, independientemente de la naturaleza de su contratación, podrán someterse a un reconocimiento médico anual en función de los riesgos de su puesto de trabajo, teniendo en cuenta tanto los riesgos físicos como psicosociales y en el apartado 3 de la cláusula citada que el reconocimiento periódico se realizará mediante un diseño basado en el análisis de riesgos del puesto de trabajo, bien sean estos laborales, o genéricos (edad, sexo, antecedentes, discapacidad, etc.) para una mejor protección de la salud y prevención de la enfermedad de todos los trabajadores y en atención a una vigilancia de la salud personalizada y adecuada a cada trabajador. El reconocimiento se realizará, siempre que sea posible de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Asumir el compromiso de fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de las personas trabajadoras en la vigilancia de la salud

Ejemplo: El artículo 53.8 del VII Convenio colectivo de supermercados del Grupo Eroski²⁴ dispone que:

«El objetivo de la Vigilancia de la Salud es fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de las personas que trabajan en la organización, prevenir todos los daños a su salud por las condiciones de su trabajo, protegerlas en su trabajo contra los riesgos para la salud, y colocar y mantener a la persona en unas funciones que convengan a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En suma, adaptar el trabajo a la persona y cada persona a su trabajo».

²³ BOE 23 de febrero 2007, nº 47.

²⁴ BOE 28 de abril 2022, nº 101.

Incluir la posibilidad de los controles aleatorios de consumo de alcohol

Ejemplo: El artículo 69 del Convenio colectivo Acosol SA ²⁵ indica:

«(...) La empresa, de acuerdo a los criterios que fije el Servicio de Seguridad y Salud Laboral, podrá establecer controles de consumo de alcohol (aparatos alcoholímetros, entre otros), a los/as trabajadores/as de la empresa, dentro de su jornada laboral, de manera aleatoria o dirigidos. La finalidad de estos controles será evitar daños personales para el/la propio/a trabajador/a, compañeros/as, o terceros, daños materiales, o deterioro de la imagen de la empresa.

(...)

En cuanto a la prevención e intervención de drogodependencia, alcoholismo y ludopatía, se estará a lo acordado en el protocolo firmado».

4.3 Otras medidas preventivas

Establecer contenidos formativos dirigidos a reforzar los conocimientos de las personas empleadas sobre los riesgos psicosociales y huir de la formación preventiva de corte generalista.

Crear equipos de riesgos psicosociales dotándoles de formación y competencias.

Ejemplo: Artículo 90 del Convenio colectivo de la Sociedad Pública *Eusko Trenbideak / Ferrocarriles Vascos SACC* ²⁶ establece:

²⁵ BO. Málaga 20 de agosto 2019, nº 158.

²⁶ BO. País Vasco 5 enero 2023, nº 4.



«Riesgos Psicosociales. Será el Equipo de Riesgos Psicosociales el encargado de velar por la prevención de dichos riesgos. Para ello, se establecen reuniones trimestrales, en donde se citará al Delegado/a de Prevención de Guardia, con el fin de que todo el trabajo del Equipo de Riesgos Psicosociales sea conocido por el Comité de Seguridad y Salud. Su funcionamiento está regulado por la Normativa de funcionamiento acordada entre los miembros que lo constituyen.

Desde Salud Laboral se realizará un seguimiento personalizado de cada uno de los perfiles individuales que se hayan definido en la evaluación de riesgos psicosociales realizada, estableciendo las medidas preventivas a nivel individual o grupal que se consideren necesarias».

Ofrecer a las personas trabajadoras la posibilidad de incorporarse a planes de prevención y tratamiento de las adicciones y drogodependencias sin sanción laboral.

Ejemplo: El artículo 55 del Convenio colectivo de acción e intervención social 2022-2024²⁷ recoge un conjunto de principios generales ante las adicciones y drogodependencias:

«El consumo de drogas legales e ilegales implica problemas de salud con repercusiones individuales y colectivas. El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinado por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo. De ahí que se estime conveniente incluir en este convenio, con la excepción de lo concerniente al consumo de tabaco para lo que se estará a lo dispuesto en la normativa legal específica, el siguiente plan integral de propuestas, en su vertiente preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada:

– Preventiva. Se priorizarán medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promuevan hábitos saludables. Asimismo se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.

²⁷ BOE 28 de octubre 2022, nº 259.

– *Asistencial. Se facilitará el acceso a los programas de tratamiento de las entidades del sector a aquel personal que lo solicite.*

– *Reinsertiva. El objetivo fundamental de toda acción es devolver la salud al sujeto y facilitar la reincorporación del personal a su puesto de trabajo.*

– *Participativa. Toda iniciativa o programa empresarial de carácter colectivo relacionada con las drogodependencias será consultada, con carácter previo, a la representación legal de los trabajadores si la hubiere o en su defecto se informará a la plantilla.*

No sancionadora. El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido por esta causa o por las acciones derivadas de la misma y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo si es necesario.

Estos principios serán desarrollados en el ámbito de cada entidad junto con la representación legal de los trabajadores si la hubiera».

Establecer reuniones periódicas con las personas empleadas con profesionales especializados en salud mental para disminuir el estrés laboral.

Ejemplo: Catálogo de funciones en el Convenio colectivo, para el periodo 2021/2022, del sector atención sociosanitaria a domicilio, de la provincia de Ciudad Real²⁸, entre las funciones del grupo profesional de los psicólogos, se incluye:

«6. Realizar reuniones periódicas con los trabajadores/as, para disminuir el posible estrés laboral, así como para formarles y dotarles de recursos para la realización de sus funciones».

²⁸ BO. Ciudad Real 12 julio 2022, nº. 133.



Establecer medidas y acciones específicas dirigidas a alentar a todos los empleados/as para que gestionen adecuadamente las situaciones personales y/o profesionales que pueden ser generadoras de estrés.

Ejemplo: El artículo 16 apartado c) del Convenio colectivo de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros²⁹ dispone que:

«La empresa adoptará en todo momento las medidas preventivas necesarias para favorecer la salud de los empleados/as, facilitando las medidas ergonómicas adecuadas para el personal en sus puestos de trabajo y especialmente en la utilización de equipos informáticos, así como en la vigilancia de los riesgos psicosociales y de acuerdo con la política del Grupo Allianz en materia de estrés relacionado con el trabajo, se reitera el compromiso de promover un entorno de trabajo en el que tanto la salud y bienestar de los empleados/as como el desempeño y productividad, se perciban con la misma relevancia, para finalizar exponiendo que en este ámbito y dado que el estado de salud de las personas puede incidir también directamente en los procesos, entornos y resultados de la empresa, las partes creen conveniente prestar una especial atención a la protección de la salud de los trabajadores/as, tanto en el puesto de trabajo y la vida profesional como en la vida personal, y se comprometen a continuar aportando nuevas medidas y acciones específicas dirigidas a alentar a todos los empleados/as para que gestionen adecuadamente las situaciones personales y/o profesionales que pueden ser generadoras de estrés utilizando los medios que, en esta materia, se vienen ofreciendo en el marco de la gestión de la salud y la prevención de los riesgos en el puesto de trabajo».

²⁹ BOE 27 de agosto de 2018, nº 207.

4.4 Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y delegados de prevención

El papel del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y los delegados de prevención es clave en la prevención de los riesgos psicosociales. Algunas propuestas para los negociadores en esta materia son:

Negociar la obligación de formar a los miembros del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y los delegados de prevención en la materia de los riesgos psicosociales.

Incorporar como competencia del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o los delegados de prevención el desarrollo y promoción de los procedimientos necesarios en orden a conocer y cooperar en el Programa de ayuda a empleados (PAE) con problemas de alcohol, drogas y ludopatía

Ejemplo: El artículo 28.1 b) del Convenio colectivo de la empresa Opel España SLU³⁰:

«Funciones y actividades: Las funciones y actividades del comité de seguridad y salud serán, además de las establecidas en la legislación vigente, las de desarrollar y promover procedimientos necesarios en orden a: (...) 9. Conocer y cooperar en programas y campañas de prevención, reconocimientos preventivos y cualquier otra actividad destinada a la promoción y mejora de la salud de los trabajadores, con especial hincapié en el Programa de ayuda a empleados (PAE) con problemas de alcohol, drogas, ludopatía y en colaboración con el sistema público, en el Programa de prevención de cáncer ginecológico para las trabajadoras.

Y en su artículo 30. Lucha contra el alcohol, drogas y ludopatía:

«El consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral, además de una disminución de las facultades físicas y psíquicas en los individuos, conlleva un incremento en el riesgo de accidentes, teniendo presente que dicho riesgo no solo afecta al individuo sino también a sus compañeros de trabajo. Por otra

³⁰ BOP Zaragoza 16 de marzo 2018, nº 61.



parte, la ludopatía se ha incorporado en nuestra sociedad como una nueva forma de dependencia de las personas, afectando a su salud y a su entorno personal y profesional.

La Organización Internacional del Trabajo recomienda a todas las empresas y sindicatos la importancia de ayudar a las personas que tienen problemas con el alcohol y otras adicciones. En esta línea, la participación del comité de empresa y sindicatos, y su cooperación con el departamento de prevención y comités de seguridad y salud en el trabajo, es necesaria en el desarrollo de una prevención eficaz de este tema.

Por todo lo expuesto, y dentro de las funciones del comité central de seguridad y salud de Opel España, S.L.U., se establece desarrollar y promover procedimientos necesarios en orden a conocer y cooperar en el Programa de ayuda a empleados (PAE) con problemas de alcohol, drogas y ludopatía.

Los objetivos básicos de dicho programa serán:

—Difundir entre todos los empleados información suficiente sobre los riesgos de la ludopatía, y del consumo de alcohol y drogas para la salud.

—Atender a las personas afectadas que muestren un vivo y sincero interés de rehabilitación, guardando la necesaria confidencialidad que el tema requiere, y dirigiendo a estos hacia las asociaciones y personas adecuadas para dar solución a sus problemas.

Cualquier empleado de Opel España, S.L.U., podrá solicitar su incorporación a dicho programa, demostrando su voluntad de seguir los tratamientos que le fueran marcados por los expertos.

Para el seguimiento de dicho programa y teniendo en cuenta la confidencialidad de su contenido, el comité de empresa designará un representante de cada central sindical, que junto con un representante del departamento de personal se reunirán de forma regular con los miembros de departamento de prevención responsables del mismo».

5. Breve delimitación entre accidente de trabajo y enfermedad profesional

El accidente de trabajo se define como *«toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena»* (art. 156.1 LGSS). Por tanto, es necesaria la concurrencia de tres elementos para estar en presencia de esta tipología de accidentes: 1) una lesión corporal; 2) trabajo por cuenta ajena; y 3) la existencia de un nexo causal entre la primera y el segundo.

En cuanto al primer elemento, la **lesión corporal**, consiste en todo daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Este concepto engloba tanto las lesiones producidas por hechos súbitos y violentos como por los de actuación lenta y progresiva (denominadas “enfermedades del trabajo”). Además, estos pueden ser traumatismos físicos, pero también otros padecimientos como tensión, estrés, sobresaltos, la especial atención requerida para el trabajo, etc.

Finalmente, la consecuencia de la lesión no debe ser, necesariamente, física o externa (daño sobre el cuerpo), sino que también puede consistir en un menoscabo psíquico. De este modo, se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas.

En definitiva, la lesión corporal engloba *«cualquier menoscabo físico o fisiológico que incida en el desarrollo funcional»* (STS de 27 de octubre de 1992).

En cuanto al tercer elemento, dando por sentado que nos encontramos ante un supuesto de trabajo por cuenta ajena, atiende a la **relación de causalidad** entre la lesión y el trabajo. El artículo 156.1 LGSS recoge, con carácter amplio, que la lesión corporal debe sufrirse *con ocasión o por consecuencia* del trabajo. Así, el precepto recoge la existencia de una causalidad directa (por consecuencia); pero también una causalidad indirecta (con ocasión); quedando excluida del carácter laboral, tan solo, la ocasionalidad pura.

Por un lado, la **causalidad directa** implica la existencia del daño durante la ejecución del trabajo, y, por tanto, obedece a la idea más común de accidente de trabajo. Por otro lado, la **causalidad indirecta** supone que el trabajo no es la causa de la lesión, sino que proporciona la ocasión de esta, es decir, que la lesión no se hubiese producido de no existir la obligación laboral.

Esta **ocasionalidad “relevante”** se caracteriza por una circunstancia negativa y otra positiva: la negativa es que los factores que producen el accidente no son inherentes o

específicos del trabajo; y la positiva es que o bien el trabajo o bien las actividades normales de la vida de trabajo hayan sido condición sin la que no se hubiese producido la exposición a los agentes o factores lesivos determinantes de aquélla (entre muchas otras, STS de 27 de febrero de 2008, Rec. 2716/2006). La jurisprudencia ha estimado que la relación de causalidad se mantiene salvo que concurren hechos de tal magnitud que sea evidente la absoluta carencia de tal relación (por todas, STS 25 de marzo de 1986).

Como es bien sabido, esta concepción de accidente de trabajo es amplia y flexible, lo que dificulta delimitar la frontera entre lo que es un accidente de trabajo y lo que no. Para ayudar en esta labor, el artículo 156.2 LGSS recoge un **listado de supuestos** que tendrán la consideración de accidentes de trabajo (positivizando la jurisprudencia recaída en esta materia), siendo de especial importancia para el objeto de este estudio los apartados e), f) y g), dedicados a las denominadas “enfermedades del trabajo”³¹.

A efectos de diferenciar entre accidente de trabajo (donde se engloban las “enfermedades del trabajo”) y las enfermedades profesionales, que cuentan con un régimen diferenciado, debe hacerse referencia a la definición de las segundas. Las enfermedades profesionales, de acuerdo con el artículo 157 LGSS, son aquellas contraídas «*a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*». Este cuadro de enfermedades profesionales está recogido en el Anexo I del RD 1299/2006³² (cuadro que supone una lista cerrada³³).

Por el momento, **en este cuadro no se recoge ninguna enfermedad derivada de riesgos psicosociales**. Ello es especialmente importante en tanto que, como se ha expuesto en el apartado anterior, la exposición a riesgos psicosociales está asociada a enfermedades psíquicas o mentales como el estrés o tecnoestrés, la ansiedad, el síndrome del *burnout*

³¹ «e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación».

³² Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

³³ No obstante, como el TS ha matizado, la enumeración de actividades capaces de producir una de las enfermedades consideradas profesionales según el RD 1299/2006 es de carácter abierto o indicativo, sin que se excluyan «*otras profesiones con análogos requerimientos*». Por tanto, «*lo trascendente es que se realicen las tareas descritas en el Cuadro y que la patología concurrente se corresponda con la en él asociada*» (STS de 10 de marzo de 2020, Rcd. 3749/2017).

o la depresión, que en supuestos más extremos pueden dar lugar a consecuencias fatales como infartos o suicidios.

5.1 Pasos importantes a nivel internacional y supranacional

La actual Recomendación 2022/2337 de la Comisión, de 28 de noviembre de 2022, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales (base del cuadro nacional), no ha incorporado estos trastornos de la salud mental en su listado. En ella solo se mantiene la recomendación que ya se incluía en la anterior Recomendación 2003/670 para que los Estados miembros *«promuevan la investigación en el ámbito de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, especialmente por lo que se refiere a las enfermedades que figuran en el anexo II y a los trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo»* (art. 1.7).

Sobre este particular, conviene poner de relieve la Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital. En esta Resolución se *«pide a la Comisión que, previa consulta con los interlocutores sociales, revise la Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales añadiendo los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, los trastornos de la salud mental relacionados con el trabajo, en particular la depresión, el agotamiento profesional, la ansiedad y el estrés, todas las enfermedades relacionadas con el amianto, así como los cánceres de piel y la inflamación reumática y crónica»*.

Recuérdese que, de producirse esta actualización de la lista europea de enfermedades profesionales en el futuro, podría tener un importante efecto en el listado nacional dado que podría procederse a su inclusión prácticamente automática, al requerir únicamente previo informe del Ministerio de Sanidad (art. 2.2 RD 1299/2006).

Este es el sendero que ya ha emprendido la OIT al incorporar en el Anexo de su Recomendación 194, sobre la lista de enfermedades profesionales (2002, revisada en 2010) el apartado 2.4, relativo a “trastornos mentales y del comportamiento”. En él se incluyen: el *«trastorno de estrés postraumático (2.4.1) (... y) otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) mental(es) o del comportamiento contraído(s) por el trabajador»* (2.4.2). En sentido similar, la OMS, en el año 2019, ratificó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en vigor desde el 1 de enero de 2022, en la que

se incluye el “síndrome de desgaste ocupacional” (QD85) en el capítulo 24, relativo a los «factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud», dentro de la categoría «problemas asociados con el empleo o el desempleo».

5.2 La importancia de incorporar las enfermedades derivadas de riesgos psicosociales en el listado de enfermedades profesionales

La inclusión de estas enfermedades en el listado de enfermedades profesionales facilitaría enormemente su calificación laboral que, fuera de este ámbito, está encontrando muchas dificultades³⁴. **Por ahora, las enfermedades derivadas de los riesgos psicosociales se están reconduciendo a través de la figura del accidente de trabajo, en particular, de las denominadas “enfermedades del trabajo”,** si bien con variedad de problemas prácticos.

Pese a ello, en la práctica, son escasos los supuestos en los que se ha reconocido el origen profesional de estas patologías. Así, en 2022, sólo se reconocieron 113 casos de desórdenes mentales causados por el trabajo y 20 agravados por él, y 626 accidentes de trabajo en jornada que causaron daños psicológicos por agresiones y amenazas a la persona trabajadora (UGT, 2023, p. 32).

Consecuencia de lo anterior, son numerosos los autores que han propuesto soluciones diversas como la inclusión de estas enfermedades en el Anexo I del RD 1299/2006 (López Fernández, 2020, p. 503; incorporación no exenta de problemas: Segoviano, 2008, p. 240); su incorporación en el Anexo II³⁵ (Contreras, 2020, p. 442); cambiar la ubicación de las enfermedades del trabajo para que dejen de ser consideradas accidentes de trabajo, creando un artículo específico en la LGSS para ellas y equiparándolas a las enfermedades profesionales en todo lo relativo a la acción protectora, reparadora y preventiva (Fernández Collados, 2007, p. 134); o, incluso, modificar el sistema español actual de lista

³⁴ El reconocimiento como enfermedades profesionales podría ser beneficioso por diferentes motivos: para que puedan alcanzarles las mejoras complementarias pactadas en negociación colectiva; para mejorar la protección en caso de manifestación de la enfermedad tras concluir el contrato de trabajo; para mejorar las medidas preventivas (por la aplicación de las normas preventivas específicas en materia de periodos de observación -169.1 y 176 LGSS- y reconocimientos médicos-arts. 243 y 244 LGSS-). *Vid.* Legua, 2020, p. 373.

³⁵ Esta opción se propone dado que «el actual régimen jurídico de las enfermedades profesionales exige la concurrencia de una etiología laboral incontrovertida y única», que sería muy complicada de acreditar en las enfermedades vinculadas a los riesgos psicosociales. Por ello, se propone la inclusión en el Anexo II de estas enfermedades dado que ello «podría suponer otorgarles el carácter profesional desde el momento de su aparición y diagnóstico y, además, obligaría a recoger y analizar estos procesos y su relación con determinadas profesiones» e, incluso, «quizá facilitaría la prueba de la conexión de estas dolencias con el trabajo siendo consideradas, eso sí, como enfermedades del trabajo (artículo 156.2.e de la LGSS) con una presunción legal que admitiría prueba en contra de su conexión con el desempeño laboral».

cerrada, para optar por un sistema mixto como el francés (Legua, 2020, p. 374), tal y como recomienda la OIT³⁶.

6. Las enfermedades del trabajo como accidente de trabajo

Las “enfermedades del trabajo” se definen como aquellas enfermedades que cumplan los requisitos señalados en los apartados e), f) o g) del art. 156.2 LGSS:

«e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo;

f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente;

g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación».

Sin lugar a duda, el supuesto más relevante a efectos de este estudio es el recogido en el apartado e). Sobre la base de este precepto, se consideran enfermedades del trabajo las que, sin estar incluidas en el cuadro del Anexo I del RD 1299/2006, «*contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo*».

Como se desprende del tenor literal de este artículo, por un lado, nos encontramos ante enfermedades que contraiga la persona trabajadora «*con motivo de la realización de su trabajo*» (156.2.e) LGSS). A este respecto, para la calificación de la enfermedad como del trabajo, no se exige que la situación derive de una concreta y determinada actuación laboral, **basta que tenga su causa en el ejercicio de la actividad profesional** (STS de 18 de enero de 2005, Rjud. 6590/2003)³⁷.

Por otro lado, la LGSS exige que estas enfermedades tengan como causa exclusiva el trabajo, es decir, se requiere una causalidad directa y estricta. Por tanto, deberá

³⁶ En este sentido, Convenio núm. 121 de la OIT, sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y Recomendación núm. 194, sobre la lista de enfermedades profesionales.

³⁷ Así, entra dentro de este concepto el “trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta” sufrido por un ertzaina como consecuencia de las agresiones recibidas, no por causa de una concreta conducta ejecutada en el ejercicio de su profesión, sino por razón de esta última y al margen de cualquier acto u omisión propia de su oficio.

demostrarse «*de manera fehaciente y sin que dé lugar a duda alguna, que la causa determinante de la enfermedad se debió a la ejecución de su trabajo*» (por todas, STS de 10 de marzo de 1981).

De una interpretación estricta del precepto, este requisito excluiría del concepto de accidente de trabajo a las enfermedades que no queden exclusivamente vinculadas a la prestación laboral (entre otras, STS de 24 de mayo de 1990, Rec. 3938/1990). En este sentido se manifiestan numerosas sentencias de la doctrina judicial³⁸.

Doctrina tradicional del TSJ de la Comunidad Valenciana

Como ejemplo de ello, puede hacerse referencia a la posición mantenida por el TSJ de la Comunidad Valenciana en varios pronunciamientos, en los que señala que, en estos supuestos, «(l)a particularidad estriba en que la prueba debe alcanzar no solo al nexo causal entre trabajo y lesión, sino además al carácter exclusivo del trabajo como causa determinante de la enfermedad, debiendo acreditarse la efectiva influencia de la referida actividad laboral en la aparición de la enfermedad» (STSJ de 18 de enero de 2022, Rec. 2205/2021); por lo que «no basta con que el trabajo sea elemento que incide en la génesis de la enfermedad, sino que ha de ser el único factor causal de la misma, por lo que no tiene esa calificación legal cuando la enfermedad es fruto de la confluencia de varias causas, alguna de las cuales proviene del trabajo, pero no otras» (STSJ de 3 de noviembre de 2022, Rec. 63/2022).

Sin embargo, esta interpretación haría casi imposible la aplicación de este precepto en la práctica, pues resultaría enormemente dificultoso demostrar que una patología psíquica, normalmente caracterizada por su naturaleza múltiple o multicausal, se debe exclusivamente al trabajo (Sánchez Pérez, 2016). Es precisamente esta dificultad la que ha llevado a una parte importante de la doctrina científica y judicial a suavizar esta exigencia, entendiendo que existe una enfermedad del trabajo **cuando la causa laboral tiene prioridad, prevalencia o es determinante en la incubación de la enfermedad** (Legua, 2020, p. 364); en otras palabras, **cuando se acredite una relación de causalidad directa y severa, pero no necesariamente exclusiva** (Martínez Barroso, 2004, p. 67).

Algunos autores basan esta conclusión en la interpretación sistemática de los artículos 156.1 y 156.2.e) LGSS pues, aunque no se niega la autonomía de ambos preceptos, puede bastar con que la enfermedad se sufra “por consecuencia del trabajo” (como señala el

³⁸ Entre las muchas sentencias que deniegan la calificación de accidente de trabajo por no darse esta “exclusividad”, encontramos recientemente: STSJ Andalucía (Granada) de 28 de marzo de 2019 (Rec. 1580/2018); SSTSJ de la Comunidad Valenciana de 3 de noviembre de 2022 (Rec. 63/2022), de 31 de marzo de 2022 (Rec. 2864/2021), de 18 de enero de 2022 (Rec. 2205/2021), y de 19 de octubre de 2021 (Rec. 1438/2021); STSJ Galicia de 1 de abril de 2022 (Rec. 4464/2021) y de 14 de diciembre de 2021 (Rec. 2522/2021); STSJ de las Islas Canarias (Las Palmas) de 27 de octubre de 2022 (Rec. 1843/2021); STSJ del País Vasco de 28 de enero de 2022 (Rec. 2483/2021). Por el contrario, afirmando la existencia de accidente de trabajo por cumplirse este requisito, entre otras: STSJ de Cantabria de 12 de mayo de 2023 (Rec. 208/2023); STSJ de Castilla y León de 26 de mayo de 2021 (Rec. 216/2021); SSTSJ de las Islas Canarias (Las Palmas), de 29 de septiembre de 2022 (Rec. 1789/2021), 26 de mayo de 2022 (Rec. 1468/2021) y de 25 de noviembre de 2021 (Rec. 339/2021); STSJ de Madrid de 12 de abril de 2019 (Rec. 1203/2018).

art. 156.1 LGSS), en el sentido de que éste se revele como la causa, no necesariamente exclusiva, sino principal o más determinante del trastorno psicológico incapacitante, sin perjuicio de que pudieran existir otros factores coadyuvantes; **lo importante sería determinar si el trabajo ha sido el agente preponderante o prevalente** (Jurado, 2009).

¿Posible cambio doctrinal en el TSJ de la Comunidad Valenciana?

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente sobre la postura del TSJ de la Comunidad Valenciana, en su sentencia de 19 de octubre de 2021 (Rec. 1438/2021), aunque la conclusión que se alcanza es descartar la existencia de accidente de trabajo, se señala que no ha quedado acreditado que *«la existencia de unas determinadas circunstancias laborales conflictivas y complicadas para el actor hayan sido las provocadoras del trastorno de ansiedad de forma prevalente, y mucho menos, las causantes de forma exclusiva, o sea, de forma única, de la enfermedad psíquica de la parte actora»*. Pese a que se recuerda que para llegar a esta calificación se *«requiere de la cumplida y estricta acreditación explicitada en el art. 156.2.e) de la LGSS [...], (que la enfermedad haya tenido por causa exclusiva la ejecución del trabajo)»*, se concluye que eso no se ha demostrado en ningún momento, *«como tampoco, que la causa laboral sea la principal o prevalente, sino una más que concurre»*. Ello parece abrir la puerta a la posible consideración como accidentes de trabajo a aquellos problemas de salud mental cuya causa prevalente sea el trabajo, aunque no sea la causa exclusiva.

Un claro ejemplo de esta tendencia lo encontramos en la STSJ de Madrid de 31 de mayo de 2019 (Rec. 1292/2018). En ella, el TSJ se manifiesta del siguiente modo:

«La dificultad probatoria se magnifica en el caso de las enfermedades del trabajo si se repara en el tenor literal del artículo que exige el trabajo sea la causa exclusiva de la enfermedad. Algo muy difícil, por no decir imposible, de probar en relación a una enfermedad ya que ésta es un proceso dilatado en el tiempo en el que interfieren inevitablemente ciertos comportamientos (hábitos, aficiones, otros trabajos, etc.), otras enfermedades u otros acontecimientos provocados por terceros. Por este motivo, la exigencia legal de la exclusividad laboral de la causa de la enfermedad ha sufrido una degradación a nivel doctrinal que nos parece razonable entendiendo que existe enfermedad del trabajo cuando las circunstancias laborales tienen un papel preferente, importante, prevalente o decisivo, aunque no exclusivo, en la generación de la enfermedad como lesión resultante. O que la enfermedad debe entenderse causada por el trabajo siempre que exista una relación de causalidad directa y

rigurosa, aunque no exclusiva, con el trabajo, o que éste sea, al menos, una concausa relevante, junto a otras de carácter común, de la enfermedad³⁹.

Esta flexibilización del concepto de enfermedad del trabajo se vislumbra también en la moderna doctrina judicial, no exigiendo un nexo de causalidad exclusiva entre el trabajo y la enfermedad, sino más bien una relación de causalidad abierta entre uno y otra».

Partiendo de esta base, se califica de contingencia profesional el proceso de incapacidad temporal derivado de un trastorno ansioso depresivo sufrido por el trabajador al entender que en «*la reacción aguda al estrés que produce la baja del 9-9-2015 existe una relación de causalidad con el trabajo, en el que este último tiene un papel preferente, importante, prevalente o coadyuvante, aunque no exclusivo*»⁴⁰.

7. El nexo causal con el trabajo: elementos valorados por los tribunales

De lo expuesto anteriormente se desprende que el elemento esencial para determinar la existencia de una enfermedad del trabajo a efectos del art. 156.2.e) LGSS será la determinación del nexo causal de esta con el trabajo. La doctrina judicial en este punto es abundante, y se centra mayoritariamente en determinar la existencia o no de la causalidad laboral de la enfermedad.

Como punto de partida, es necesario señalar que la calificación de una enfermedad como accidente de trabajo es independiente de la existencia de incumplimientos empresariales o conductas ilícitas (entre otras, STSJ de la Comunidad Valenciana de 3 de noviembre de 2022, Rec. 63/2022⁴¹; SSTSJ de las Islas Canarias –Las Palmas– de 29 de septiembre de

³⁹ El mismo párrafo lo podemos encontrar en otras sentencias, aunque no a modo de elemento condicionador del fallo, como en la STSJ de Madrid de 12 de noviembre de 2021 (Rec. 616/2021) o en la STSJ de Asturias de 6 de abril de 2021 (Rec. 494/2021).

⁴⁰ En este supuesto, el trabajador era jefe de cocina II en el Hospital general Universitario Gregorio Marañón y carecía de antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos. A raíz de cambios en la Dirección y Jefatura del Hospital, surgen una serie de conflictos laborales que determinan que, en junio de 2015, el jefe de Unidad de la que depende incoe expediente disciplinario al trabajador, decisión que finaliza el 27.01.2016 con el sobreseimiento y archivo. El 09.09.2015, el demandante fue valorado por Psiquiatría, con el diagnóstico de “crisis de ansiedad reactiva”. En informe del 14.12.2015 figura, tras valoración del tratamiento farmacológico, la patología de “trastorno ansioso depresivo reactivo a problema laboral”, siendo el demandante derivado a psicología para terapia de afrontamiento, relajación y autoestima. El 14.01.2016 el demandante solicita la adaptación del puesto de trabajo, dictando la jefa de la sección de relaciones laborales de RRHH resolución en fecha 19.05.2016, acordando denegar la adaptación solicitada porque «*el problema surgido a este trabajador lo han compartido otros en la misma Unidad de cocina*» aconsejando dar lugar a las correspondientes medidas preventivas.

⁴¹ «[...] hay que señalar que con arreglo a la Jurisprudencia para la atribución de la situación a accidente de trabajo, poco importa que la problemática laboral generadora del trastorno obedezca a incumplimientos de su empresario o provenga de actuaciones de éste sujetas a derecho, ya que la razón de la calificación está en la causalidad de la enfermedad por el trabajo y no en el hecho de que ésta se origine por haber soportado en éste una situación injustificada».

2022, Rec. 1789/2021⁴², y de 26 de mayo de 2022, Rec. 1468/2021⁴³; STSJ de Andalucía –Granada– de 13 de febrero de 2020, Rec. 1130/2019; STSJ de Castilla y León de 26 de mayo 2021, Rec. 216/2021). Ello se ha matizado expresamente en diferentes pronunciamientos en el ámbito del acoso laboral, pues no es necesario que éste concurra para que exista un accidente de trabajo (entre otras, STSJ Castilla y León –Valladolid– de 7 de junio de 2022, Rec. 2308/2021⁴⁴).

De las sentencias analizadas, se puede deducir que los casos más habituales en los que se ha calificado la enfermedad vinculada a los riesgos psicosociales como accidente de trabajo (estrés, tecnoestrés o *burn-out*, ansiedad o depresión) suelen tener en común tres aspectos: 1) acreditación de la existencia de problemas laborales capaces de desencadenar la enfermedad (existencia de conflicto laboral, excesiva carga de trabajo, etc.); 2) inexistencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos de la persona trabajadora; y 3) inexistencia de concurrencia de otras causas ajenas al trabajo que pudieran motivar la enfermedad (problemas con la pareja, económicos, etc.)⁴⁵.

7.1 Existencia de “problemas” laborales

Los pronunciamientos judiciales dictados en esta materia dotan de especial importancia a la existencia de algún “problema” en el ámbito laboral, que pueda desencadenar el problema de salud mental (lo que algunos autores denominan “estresores objetivables en el trabajo” -López Fernández, 2023, p. 74-). Es decir, para poder apreciar la existencia del nexo causal trabajo-enfermedad, es necesario que se detecte alguna circunstancia laboral que pueda haber afectado a la persona trabajadora. Entre estas circunstancias pueden encontrarse, entre otras, jornadas de trabajo excesivamente largas, elevada carga de trabajo, elevada exigencia en la realización del trabajo, incertidumbre sobre la continuidad de la relación laboral (provocada o no por situaciones de crisis en la

⁴² «[...] lo fundamental no es en modo alguno si existió una conducta ilícita de la empresa generadora del daño psíquicos, sino que basta con delimitar la causa de la enfermedad, resultando que la misma puede tener una causa laboral incluso si no se aprecia conducta ilícita de la empleadora, ya que el objeto de este proceso es única y exclusivamente la determinación de la contingencia».

⁴³ «Tendrán cabida los trastornos anímicos, patologías psiquiátricas, que un trabajador pueda presentar cuando son únicamente motivados por incidencias surgidas en el trabajo y su causa exclusiva es precisamente la ejecución o desarrollo del trabajo siendo irrelevante que la problemática laboral que genere el trastorno obedezca a un incumplimiento atribuible al empresario o bien se relacione con una actuación del mismo sujeta a derecho».

⁴⁴ «[...] se ha de insistir que no es lo mismo etiología laboral que acoso y las recurrentes parecen confundir tales términos para razonar que al no haber acoso la contingencia no es profesional cuando las patologías como la ansiedad pueden tener origen en el trabajo sin que haya conductas de acoso bien por situaciones de estrés, especial responsabilidad, especial carga de trabajo o -como aquí acontece- por malas relaciones entre compañeros de trabajo que pueden desembocar en situaciones conflictivas que no tienen porqué ser necesariamente de acoso».

⁴⁵ Entre muchas otras, STSJ de Cantabria de 12 de mayo de 2023 (Rec. 208/2023); SSTSJ de las Islas Canarias (Las Palmas), de 29 de septiembre de 2022 (Rec. 1789/2021) y de 26 de mayo de 2022 (Rec. 1468/2021).

empresa), situaciones de acoso, conflictos con compañeras/os de trabajo o superiores jerárquicos, etc. (López Fernández, 2023, p. 74).

Especial referencia a la carga de trabajo

En primer lugar, sobre la **carga de trabajo** como desencadenante de una patología, se puede volver a hacer referencia a la STSJ de Andalucía –Granada–, de 13 de febrero de 2020 (Rec. 1130/2019). En este pronunciamiento, la empresa reconoció la existencia de excesivo trabajo para un solo coordinador, quedando acreditado que la actividad *«se ha ido desempeñando con insuficiencia de medios y gran carga de trabajo a lo largo del tiempo y que ha desembocado a la larga en el inicio de esa baja, reseñando la Inspección de trabajo en su informe que si bien puede descartarse la existencia de mobbing, no obstante sí se advierte una cierta pasividad del Organismo Autónomo en la organización adecuada de los servicios que ha generado un volumen de trabajo excesivo»*, lo cual se debería haber detectado *«mediante una evaluación de riesgos psicosociales, que hasta la fecha no se ha realizado»*. Por todo ello, se declara la contingencia del proceso de baja controvertido accidente de trabajo.

Por su parte, la STSJ de Andalucía (Sevilla) de 1 de junio de 2017 (Rec. 1607/2016) llega a la misma conclusión sobre el trastorno depresivo de una trabajadora sometida a *«una situación permanente de autoexigencia y responsabilidad aprovechados por la empresa [...] para mantener una adecuada gestión de sus servicios»*, que no extraña que pueda conducir *«tras muchos años de intensidad, y en un momento de cambios, a una situación como la denominada “burn out”»*. Así lo evidenciaron varios procesos de incapacidad previa por estrés, *«lo que viene a casar adecuadamente con el tipo de trabajo intenso y de gran responsabilidad al que se sometía, y en la forma en que lo llevaba a cabo»*.

Por el contrario, se deniega tal calificación en la STSJ de Cataluña de 15 de diciembre de 2021 (Rec. 4430/2021), porque cuando la actora inició el trastorno origen de la baja *«estaba en un proceso de formación, por lo que no podemos sostener que estuviera sometida a una situación de stress laboral por asunción de mayor carga de trabajo por los cambios derivados en su puesto de trabajo»*. A ello se une el hecho de que la enfermedad derivó de la no adaptación efectiva al nuevo puesto de trabajo, pero de la pericial médica se desprende que la reorganización sin más no es la causa, *«sino los propios padecimientos que tenía la actora y la magnificación de los hechos, por lo que no podemos atribuir de forma exclusiva el trastorno a esa adaptación a su puesto de trabajo»*.

En este mismo sentido denegatorio, se rechaza la consideración de accidente de trabajo a un trastorno depresivo grave padecido por un profesor de primaria dado que los informes médicos obrantes en los autos determinaron que la patología derivaba de enfermedad común y no accidente de trabajo, sin que constara acreditado suficientemente por la parte demandante lo contrario (STSJ de Andalucía –Granada– de 7 de marzo de 2019, Rec. 1647/2018). El TSJ entendió que, aunque el trabajador alegaba que había sufrido un importante estrés laboral debido a la elevada carga de trabajo que se le había impuesto, realizando jornadas de trabajo excesivas, llevándose trabajo a casa, incluso debiendo impartir clases sobre materias que son propias de un especialista, estos hechos quedaron desvirtuados por el informe del Servicio de la ITSS que concluyó que *«no existe nexo entre las dolencias del trabajador y la relación laboral de docencia propiamente dicha»*.

Especial referencia a los conflictos en la empresa

En segundo lugar, son destacables las **situaciones conflictivas en la empresa** como posibles factores desencadenantes de problemas de salud mental por ser muy recurrentes en la doctrina judicial. Estos conflictos no necesariamente han de alcanzar el grado de acoso para entenderse como motivadores de un accidente de trabajo. En este sentido se pronuncia la STSJ de Castilla y León de 26 de mayo de 2021 (Rec. 216/2021), en la cual se determina accidente de trabajo una crisis de ansiedad sufrida por una trabajadora pocos días después de recibir una carta de la dirección de la empresa en la que le requería que *«de manera inmediata cese en su conducta y cumpla con las normas de convivencia existentes en la Empresa, dirigiéndose a sus compañeros con respeto y buen trato, trabajando en equipo, sin incurrir en favoritismos en el ámbito profesional, a fin de evitar en último término la imposición de medidas disciplinarias»*, y sin que conste ningún otro elemento ajeno al trabajo que pudiera originar este trastorno. Como afirma esta sentencia, *«una misma situación laboral puede ser causa de incapacidad para unas personas y otras no en función de su personalidad y de su capacidad para asumir las exigencias que la misma conlleva sin que ello altere la exclusividad del elemento profesional en tanto estos aspectos no presenten un grado de exacerbación que pueda calificarse como patológico»*. En este caso, *«la trabajadora asumió de forma patológica en función de su capacidad de aceptación, responsabilización y autocontrol frente a la nueva situación creada»*, lo que dio lugar a su crisis de ansiedad, provocada en exclusiva por motivos laborales⁴⁶.

⁴⁶ En idéntico sentido, STSJ de Castilla y León de 15 de mayo de 2018 (Rec. 415/2018), en el que se concluye la existencia de accidente de trabajo motivado exclusivamente por el trabajo en el caso de una trabajadora con *«personalidad del*

Igualmente, se califica como contingencia profesional la crisis de ansiedad sufrida por una trabajadora «tras recibir un correo electrónico de un superior en el que se le comunicaba que pasaba a depender de la jefa de sección con la que había tenido previamente una situación de conflictividad laboral» desde años atrás (STSJ de Castilla y León de 7 de junio de 2022, Rec. 2308/2021); y el cuadro de ansiedad de una trabajadora tras una reunión organizativa de trabajo donde se trataron cuestiones de producción, calidad y venta con sus superiores jerárquicos, calificado así también por el INSS (STSJ de Cataluña de 12 de marzo de 2019, Rec. 5908/2018).

En esta misma línea se declara accidente de trabajo el síndrome de ansiedad de una trabajadora derivado de una situación de conflicto laboral real que se mantuvo durante varios años (diversas reclamaciones interpuestas por la trabajadora -por presión psicológica del Director financiero primero y por impago del plus por quebranto de moneda después-), pese a que no fue calificado de acoso tras la reclamación en este sentido de la afectada (STSJ de las Islas Canarias –Las Palmas– de 26 de mayo de 2022, Rec. 1468/2021); y la crisis de ansiedad de un trabajador derivada de una serie de conflictos laborales surgidos a raíz de cambios en la Dirección y Jefatura, que dieron lugar a un expediente disciplinario del actor, finalizado con sobreseimiento y archivo (STSJ de 31 de mayo de 2019, Rec. 1292/2018). En sentido similar, se calificó de contingencia profesional el trastorno de ansiedad de una trabajadora por entenderlo causado por el comportamiento inadecuado al que se vio sometida por dos compañeros de trabajo -malas palabras, bromas de mal gusto, no llamándolo por su nombre sino como “la rubia” o “la oficiala” de manera despectiva, etc.- (STSJ de Cantabria de 12 de mayo de 2023, Rec. 208/2023).

En sentido análogo encontramos la STSJ de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 25 de noviembre de 2021 (Rec. 339/2021), donde se determina como contingencia profesional el trastorno de ansiedad de un trabajador que probó «*las condiciones laborales insoportables y lesivas de su dignidad a las que fue sometido y su reiteración en el tiempo, la actividad laboral que desarrollaba y como afectaban aquellas a ésta*»

grupo C marcada por un carácter evitativo, dependiente y compulsivo», recordando sentencias previas de esa sala en la que se concluyó que «una misma situación de conflicto empresarial puede causar un trastorno ansioso-depresivo a un trabajador y no ocasionárselo a otro trabajador, aunque ninguno de ellos tenga antecedentes psiquiátricos. Pero si la baja médica se debe a una patología psiquiátrica causada exclusivamente por la ejecución del trabajo, deberá declararse la existencia de una etiología laboral». Pese a ello, puede encontrarse algún pronunciamiento en el que se señala que no todo problema en el ámbito laboral será suficiente como para calificar una enfermedad de accidente de trabajo. En este sentido, es ilustrativa la STSJ de Andalucía –Granada–, de 13 de febrero de 2020 (Rec. 1130/2019), en la que se recoge que «*la determinación de la contingencia no puede quedar a la exclusiva sensibilidad o tolerancia a los riesgos y presión ordinaria que implica cualquier prestación laboral del trabajador concernido, sino que debe de patentizarse una concreta situación fuera de lo común ajena a tal grado medio o razonabilidad en el esfuerzo*». Esto es, la persona trabajadora «*debe de demostrar una situación de conflicto, una especial penosidad, incremento del trabajo o asunción prolongada de nuevas responsabilidades que altere el ritmo y características de la anterior prestación, generando una razonable reacción y deterioro físico y mental ante el estrés provocado por la sobrevenida y prolongada prestación del trabajo*».

(cambios de puesto de trabajo frecuentes, sanciones injustificadas y mal ambiente de trabajo), siendo la empresa sancionada, además, por acoso laboral por parte de la ITSS (si bien se matiza que la existencia de acoso no sería necesaria pues *«lo fundamental no es en modo alguno si existió una conducta ilícita de la empresa generadora del daño psíquico, sino que basta con delimitar la causa de la enfermedad, resultando que la misma puede tener una causa laboral incluso si no se aprecia conducta ilícita de la empleadora»*).

Mención particular merece el denominado **“acoso putativo”**. Ya se ha señalado que **no es necesaria la existencia de acoso para que un problema de salud mental pueda calificarse de accidente de trabajo** en la medida en la que conste acreditada la conflictividad laboral u otros elementos vinculados con el trabajo capaces de desencadenar la enfermedad en cuestión. Aunque esta sea la regla general, pueden encontrarse pronunciamientos singulares respecto del **acoso putativo, subjetivo o imaginario**, que, aunque no son unánimes, sí son polémicos (sobre los problemas que presenta, sobre todo, por el riesgo de simulación: Muñoz, 2012⁴⁷).

Como punto de partida, puede definirse este tipo de acoso como aquella situación en la que la persona trabajadora se siente acosada, pero, en realidad, esto *«es consecuencia de afecciones psíquicas ajenas a la existencia del trato degradante que comporta el acoso moral en el trabajo, lo que no significa que las dolencias psíquicas previas excluyan la existencia de acoso moral, pues lejos de ello la persona resulta más vulnerable o frágil a la situación de acoso»* (Muñoz, 2012).

Así, hay sentencias que califican como accidente de trabajo una contingencia *«aunque no exista realmente hostigamiento ni conflicto laboral»* sino *«un acoso tan inexistente en la realidad como real es en la consideración de la persona afectada, que, por las razones que fuera, "se siente" víctima de persecución o de malos tratos que sólo existen en su imaginación, o bien son sus pretensiones o aspiraciones inatendidas o cualquier otra circunstancia laboral las que le generan desarreglos psíquicos que los médicos pueden apreciar objetivamente y que determina bajas laborales, sin que en ningún caso se pueda apuntar con una concreción suficiente basada en algún indicio o prueba específicos, que tengan un origen distinto (personal, familiar, social, etc.)»* (por todas, STSJ de Madrid de 19 de mayo de 2011, Rec. 1661/2011; SSTSJ de las Islas Canarias de 29 de julio de 2016, Rec. 487/2016, y de 29 de septiembre de 2022, Rec. 1789/2021). De esta forma, si no se discute la existencia de una patología psíquica ni se declara la preexistencia de alguna disfunción mental previa, sino que se relaciona expresamente su dolencia con el trabajo, debe considerarse que ésta tiene naturaleza laboral, porque *«no se trata de que haya*

⁴⁷ *«El riesgo de simulación parece evidente y no tiene por qué ser necesariamente una simulación pura entendida como la pretensión de manera clara y consciente de un padecimiento que no sufre en realidad sino que existen variantes que complican la labor de los médicos».*

existido o no una situación de acoso laboral» sino de que la persona trabajadora «ha caído enferma por causa del trabajo, aun cuando dicha causa sea meramente subjetiva y producto de lo que cree le acontece en el mismo y no de lo que realmente le sucede»⁴⁸.

7.2 Inexistencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos

Sobre el segundo elemento (inexistencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos), deviene fundamental el contenido de los informes médicos de especialistas (psicológicos o psiquiátricos)⁴⁹, pudiendo diferenciar varias situaciones. En primer lugar, no todo antecedente psicológico/psiquiátrico es relevante para descartar la existencia de accidente de trabajo. Así, **si estos antecedentes no tienen relación con la enfermedad ahora padecida, o son lejanos en el tiempo y la enfermedad ya constaba como superada (aunque se trate de la misma), no deberán ser tenidos en cuenta a estos efectos** (en este sentido, entre otras, STSJ de Cataluña de 12 de marzo de 2019, Rec. 5908/2018⁵⁰).

En caso contrario, es decir, **en los supuestos de antecedentes psicológicos/psiquiátricos que no consten superados pero que no incapacitaban para la prestación laboral hasta ese momento, se podría reconducir el supuesto de hecho al artículo 156.2.f) LGSS**, relativo a enfermedades padecidas con anterioridad *«que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente»*. Así se ha estimado, por ejemplo, en la STSJ de Castilla-La Mancha de 23 septiembre de 2022 (Rec. 1463/2021), en la que se califica como contingencia profesional la incapacidad permanente absoluta de una trabajadora que, previamente, había sido diagnosticada de un trastorno obsesivo compulsivo, el cual no le impedía desempeñar su trabajo, y que, con motivo del acoso sufrido por parte de un usuario del servicio, fue diagnosticada de trastorno depresivo reactivo a acoso laboral. Puede comprobarse que, en estos supuestos, no se requiere una causalidad exclusiva con el trabajo desempeñado, pues su génesis se debe a una enfermedad anterior que se ve agravada como consecuencia de una lesión calificada de accidente laboral, siendo imprescindible demostrar la efectiva influencia de dicho accidente laboral en la aparición

⁴⁸ Esta doctrina considera que esta posición podría encontrarse respaldada por la STC de 2 de julio de 2007 (Rec. 7142/2004), recaída en materia de tutela de derechos fundamentales (el derecho a la salud y a la integridad física) en el caso de una facultativa interina del Imsalud, al considerar dicha resolución que cabía otorgar el amparo a dicha persona con base en el art. 15 de la CE por el riesgo de peligro o daño grave para la salud que suponía para la misma la sensación subjetiva o temor padecido tras la orden recibida de reincorporarse, por razones de servicio, a su antiguo puesto –donde había sufrido una experiencia negativa, aun sin constar objetivamente actos hostiles hacia ella– y de dejar el que se le había asignado provisionalmente, lo que le originó una serie de desarreglos psíquicos.

⁴⁹ Informes que deberán valorarse por los tribunales de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 348 LEC).

⁵⁰ En esta sentencia, se excluye la relevancia del diagnóstico de bipolaridad de la trabajadora desde los 17 años al constar como controlada y normalizada, así como el hecho de que seis años antes del ataque de ansiedad objeto de debate, esta sufriera una depresión, sin que constaran ingresos o bajas o visitas médicas por el citado trastorno depresivo ansioso (especialmente, por tratarse de un antecedente tan remoto en el tiempo).

o agravación de la patología subyacente (STS 24 de mayo de 1990; Fernández Collados, 2007, p. 130).

En sentido similar encontramos la STSJ de Cataluña de 17 noviembre de 2022 (Rec. 3394/2022), que califica de contingencia profesional la crisis de ansiedad sufrida por un trabajador que se encontraba en tratamiento activo por una patología previa de ansiedad (que no le había impedido hasta ese momento desarrollar sus servicios laborales), ya que **el motivo que desencadenó la crisis fue la mala organización de la empresa** (hubo un error de coordinación a la hora de realizar el relevo del trabajador, lo que hizo que este perdiese la visita médica que tenía concertada ese día, dando lugar a la crisis de ansiedad).

7.3 Inexistencia de acreditación de otras causas ajenas al trabajo

El tercer elemento esencial radica en determinar el peso que las causas vinculadas al trabajo han tenido en el deterioro de la salud mental de la persona trabajadora. Cuando se acredita la existencia de factores laborales en exclusividad, no hay duda del origen laboral de la patología. Muestra de ello es la conocida STS de 18 de enero de 2005 (Recud. 6590/2003), en la que se califica como contingencia profesional una reacción aguda al estrés de un Ertzaina provocada por insultos, agresiones y amenazas sufridas por el demandante, sin que constara ninguna otra causa como explicativa de tales hechos (sin que afecte a esta calificación la concurrencia de responsabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo). En similar sentido se pronuncia la STSJ de Castilla y León de 4 de marzo de 2020 (Rec. 2008/2019), donde se llega a la misma conclusión respecto de un trastorno depresivo cuyo elemento desencadenante posible probado en juicio fue la situación de tensión con sus jefes (agresiones verbales, actitudes de desprecio, conflictos puntuales recíprocos, así como desobediencia a los superiores) en el ámbito laboral.

A efectos de determinar el origen de la enfermedad, nuevamente, resultan fundamentales los informes médicos de especialistas (psicológicos o psiquiátricos). **Los tribunales tienen especialmente en cuenta lo señalado en estos informes para determinar si el trabajo es la única causa (o, en su caso, la causa prevalente) de la enfermedad vinculada con problemas de salud mental o no.** De esta forma, cuando los informes médicos revelan la concurrencia de otros factores ajenos al trabajo, se descarta la exclusividad de la causa laboral y, por tanto, la existencia de accidente de trabajo. Ejemplo de ello es la STSJ de Madrid de 7 de noviembre de 2022 (Rec. 485/2022), donde,

los diferentes informes médicos evidencian la existencia de circunstancias ajenas al trabajo como ser la cuidadora de su madre enferma desde hace siete años, pérdida del trabajo del marido desde hace dos años, posibles problemas de *bullying* de su hijo, angustia por problemas familiares, o inestabilidad provocada por contacto con persona relacionada con su pasado.

En sentido similar, la STSJ de la Comunidad Valenciana de 18 de enero de 2022 (Rec. 2205/2021) desestima la existencia de accidente de trabajo porque *«según periciales valoradas en instancia, son varios los diagnósticos de la trabajadora, determinándose circunstancias desencadenantes de su sintomatología como el aislamiento social, rasgos esquizoides, problemas económicos, vulnerabilidad y antecedentes de la paciente»*. Igualmente, este mismo Tribunal ha llegado a idéntica solución en el caso de una persona en cuyos informes clínicos se señalaba que sufría *«un estado de ansiedad no especificado reactivo a conflicto familiar (hermana de 38 años diagnosticada de esquizofrenia a los 21 años que sufrió un brote poco antes de la fecha del informe)»*, que estaba esperando un hijo, que tenía problemas económicos derivados de la enfermedad de su hermana y que sufría ansiedad al pensar en el fin de la comisión de servicios que tenía reconocida (STSJ de la Comunidad Valenciana de 19 de octubre de 2021, Rec. 1438/2021).

Sin embargo, en ocasiones, aunque existan otras circunstancias que podrían tener incidencia en el desencadenamiento de la enfermedad, si la pericial las ha excluido como posibles causas, debe considerarse el carácter exclusivo del origen laboral. Así se hizo en la STSJ de las Islas Canarias de 26 de mayo de 2022 (Rec. 1468/2021), donde la persona trabajadora, además de estar inmersa en una situación de conflictividad laboral (no acoso laboral), comunicó a la Mutua que su madre había sido diagnosticada de cáncer de páncreas. La sentencia de instancia descartó *«que el diagnóstico de una grave enfermedad a un familiar (diagnóstico de cáncer de la madre de la trabajadora) tuviera incidencia en la aparición de la enfermedad, considerando que pericialmente se excluyó tal posibilidad, evidenciando el exclusivo origen laboral de la enfermedad cuestionada»*, lo cual fue confirmado en sede de suplicación.

No obstante, lo anterior, recuérdese que, dada la dificultad de acreditar la exclusiva causalidad laboral, parte de la doctrina judicial se ha decantado por suavizar esta exigencia, entendiendo que existe una enfermedad del trabajo cuando la **causa laboral tiene prioridad, prevalencia o es determinante en la incubación de la enfermedad**, aunque no sea necesariamente exclusiva.

8. La intervención de la ITSS en la investigación

La ITSS puede tener un papel importante en la determinación de la causa de un accidente. Así, por un lado, la Entidad Gestora de la prestación correspondiente puede solicitar a la

ITSS la emisión de un informe en el curso del procedimiento de determinación de contingencia e, incluso, este procedimiento puede instarse de oficio por la propia Inspección de conformidad con el art. 6.1 RD 1430/2009 (CT 104/2021, p. 35).

Por otro lado, de conformidad con el artículo 9.1 de la LPRL, la ITSS tiene encomendado, entre sus funciones (en línea con el art. 12.1.b) 2º LIT), emitir informes vinculados con accidentes de trabajo. Este informe lo pueden solicitar los Juzgados de lo Social en los procedimientos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (apartado c), y su contenido versará sobre las circunstancias en las que se produjo el accidente o enfermedad, trabajo que realizaba la persona trabajadora en cuestión, salario que percibía y base de cotización, etc. (Pérez Hernández, 2020, p. 88).

Asimismo, **la ITSS también elaborará un informe para informar a la autoridad laboral** *«sobre los accidentes de trabajo mortales, muy graves o graves, y sobre aquellos otros en que, por sus características o por los sujetos afectados, se considere necesario dicho informe, [...] y, en general, en los supuestos en que aquélla lo solicite respecto del cumplimiento de la normativa legal en materia de prevención de riesgos laborales»* (apartado d).

En ambos casos (apartados c y d), **la función de la ITSS es dilucidar si ha existido algún incumplimiento empresarial** y, en su caso, si procede **exigir algún tipo de responsabilidad a la empresa** empleadora (Pérez Hernández, 2020, p. 88).

Los **hechos constatados** por el inspector o inspectora actuante en estos informes también gozan de la presunción *iuris tantum* de veracidad, sin incluir la valoración que estos hagan de los datos efectivamente comprobados, tal y como ocurre con las Actas de Infracción (arts. 23 LIT y 53.2 LISOS). Ahora bien, estos documentos *«no gozan de mayor relevancia que los demás medios de prueba admitidos en Derecho y, por ello, ni han de prevalecer necesariamente frente a otras pruebas que conduzcan a conclusiones distintas, ni pueden impedir que el órgano judicial forme su convicción sobre la base de una valoración o apreciación razonada del conjunto de las pruebas practicadas»* (por todas, STS 12 de julio de 2017, Rec. 278/2016 y STC 82/2009 de 23 de marzo, Rec. 4574/2007)⁵¹. En esta línea, hay pronunciamientos judiciales que, sobre la base del resto de pruebas, contradicen la valoración alcanzada en el informe de la ITSS (en este sentido, STSJ de Cataluña de 15 de diciembre de 2021, Rec. 4430/2021⁵²).

⁵¹ Estos informes también deben valorarse por los tribunales de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 348 LEC).

⁵² *«Tampoco podemos inferir esa relación exclusiva con el trabajo derivado de los informes médicos que la recurrente refiere por cuanto tan sólo existe un informe de urgencias de fecha próxima al inicio de la baja médica, no constando más asistencia con posterioridad a la misma hasta mayo de 2017 por el médico de familia, no existiendo visitas del psiquiatra hasta julio de 2017 (casi 3 meses después del inicio de la baja), sin que consten asistencias médicas previas*

Pese a ello, no cabe duda de la importancia de los informes emitidos por la ITSS, fundamentalmente, por la gran confianza que se deposita en su contenido (Pérez Hernández, 2020, p. 89). Así pues, contar con un informe de la Inspección en el que se determine un accidente o enfermedad como vinculada al trabajo es, sin duda, un elemento esencial a tener en cuenta por parte de los juzgadores. Podemos encontrar sentencias en las que se constata que el INSS basa su decisión en el informe emitido por la ITSS. Así, STSJ de Cataluña de 15 de septiembre de 2011 (Rec. 2824/2010), donde se declaró la existencia de *«trastorno adaptativo mixto no compensado farmacológicamente, con deterioro psicosocial moderado-grave, evolución tórpida»* de etiología laboral, señalando el TSJ que *«no té cap transcendència per a resoldre el present litigi el fet de que l'INSS fonamentés la seva decisió en l'informe de la Inspecció de Treball, el que, d'altra banda, és lògic que així sigui, atès que es tracta d'un organisme especialitzat en aquestes qüestions»*, confirmando dicha calificación en sede de suplicación.

En sentido similar, merece especial mención la STSJ de Cantabria, de 27 de febrero de 2023 (Rec. 798/2022), donde constaba en Autos el informe de **la ITSS en el que concluyó que había nexos causales entre una situación laboral estresante y el suicidio del trabajador**, lo que suponía la consideración de este como accidente de trabajo⁵³, calificación que fue confirmada por el TSJ. Este pronunciamiento supone el primer precedente en que, anticipadamente, la ITSS declara la existencia de un suicidio como accidente laboral con propuesta de recargo de prestaciones (Sánchez Pérez, 2023, p. 1).

Indemnización por daños y perjuicios

Conviene recordar que, sin perjuicio de la imposición del recargo de prestaciones del art. 164 LGSS, en los **casos de omisión de medidas de prevención** de riesgos psicosociales, **la empresa empleadora puede ser condenada también al pago de una indemnización por daños y perjuicios** ocasionados a la persona trabajadora si se acredita la relación de causalidad entre estos incumplimientos preventivos y los daños psicosociales producidos.

Ejemplo de ello puede encontrarse en la **sentencia número 154/2023 del JS núm. 2 de Vitoria-Gasteiz, de 17 de agosto de 2023**, donde se condena al centro sanitario empleador al pago de sendas indemnizaciones por importe superior a 61.000 € a cada una de las dos personas trabajadoras afectadas por el incumplimiento flagrante de medidas de prevención de riesgos laborales de origen psicosocial cuya consecuencia fue la dimisión de ambas tras periodos de ansiedad y estrés continuados (provocados, especialmente, por sobrecarga o sobreesfuerzo laboral deliberada y continua en el tiempo).

al inicio de la baja médica (salvo una asistencia a urgencias). El informe de la inspección de trabajo no es vinculante para esta Sala, pues las pruebas permiten inferir lo que se ha mencionado».

⁵³ *«(L)a ITSS hizo un informe el 27 de octubre de 2021 en el que concluyó que había nexos causales entre una situación laboral estresante y el suicidio y propuso un recargo por falta de medidas de seguridad del 45 %, por falta de evaluación de los riesgos psicosociales y falta de adopción de medidas preventivas adecuadas para eliminar o reducir y controlar el riesgo psicosocial, así como una sanción de 8.196 euros (impugnada esta, se rebajó a 2.046 euros)».*

Finalmente, entre otros supuestos, cuando en el curso de una actuación inspectora por accidentes de trabajo en los que alguna de las causas pueda ser un factor de riesgo psicosocial (suicidios, infartos o derrames cerebrales, errores por excesiva carga de trabajo, etc.) o por bajas laborales que sean debidas a cuadros de ansiedad, depresión u otras patologías que puedan estar relacionadas con riesgos psicosociales, la ITSS puede iniciar una actuación inspectora sobre el cumplimiento de las obligaciones de gestión de estos riesgos (CT 104/2021, pp. 17-18). Esta labor de inspección puede resultar esencial para mejorar la prevención de los riesgos psicosociales, sobre todo, en empresas en las que ya se hayan producido accidentes vinculados a los mismos, evitando así que vuelvan a ocurrir.

9. La presunción de “en tiempo y lugar de trabajo”

El artículo 156.3 LGSS señala que *«(s)e presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo»*.

Esta presunción *iuris tantum* se refiere no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo. Para la destrucción de la presunción de la laboralidad de la enfermedad sufrida en el tiempo y lugar de prestación de servicios, la jurisprudencia exige que la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de una enfermedad que por su propia naturaleza excluya la acción del trabajo como factor determinante o desencadenante, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal (por todas, STS de 26 de abril de 2016, Rjud. 2108/2014).

Por lo tanto, al demandante le incumbe la prueba del hecho básico de que la lesión se produjo en el lugar y en tiempo de trabajo. Una vez esto ha quedado acreditado, se tiene por cierta la circunstancia presumida y quien se oponga a la aplicación de los efectos de la presunción tendrá que demostrar la falta de conexión entre el hecho dañoso y el trabajo (por todas, STS de 26 de abril de 2016, Rjud. 2108/2014). No obstante, *«(e)l hecho de que una enfermedad de etiología común se revele exteriormente con ocasión del ejercicio de la ocupación laboral no dota a la misma, sin más, de la característica jurídica de accidente de trabajo, en tanto en cuanto no se demuestre la efectiva influencia de aquel ejercicio laboral en la aparición de la patología de referencia»* (STS de 24 de mayo de 1990, Rec. 3938/1990).

Así pues, **esta presunción también resulta de aplicación en los casos de enfermedades del trabajo en la medida en la que las dolencias se materialicen con carácter súbito en el lugar y tiempo de trabajo** (Martínez Barroso, 2002, pp. 41-42; Moraru y Smintinica, 2020, p. 232; por todas, STSJ de Cantabria de 12 de mayo de 2023, Rec. 208/2023⁵⁴). En esos casos, la aplicación de la presunción desplazaría la exigencia de exclusividad recogida en el art. 156.2.e) LGSS. En otras palabras, **cuando opere la presunción del artículo 156.3 LGSS, desaparecerá la necesidad de acreditar que la enfermedad ha tenido causa exclusiva en la ejecución del trabajo** (Moraru y Smintinica, 2020, p. 232). Por lo tanto, la aplicación de esta presunción facilita enormemente la consideración de estas enfermedades como accidentes de trabajo en la práctica, al eliminar su principal problema: demostrar la exclusividad de la causa vinculada al trabajo.

Así lo expone, entre otros, el TSJ de Castilla-La Mancha, en su sentencia de 13 de diciembre de 2021 (Rec. 1892/2020). En esta resolución se estima el recurso de suplicación interpuesto contra la sentencia de instancia que entendió que no quedó suficientemente acreditado el nexo causal lesión-trabajo para considerar que la baja médica de la trabajadora a causa de una crisis de ansiedad fue un accidente de trabajo, sin entender aplicable la presunción del artículo 156.3 LGSS. Sin embargo, el TSJ aclara que, en estos supuestos, también opera la presunción *«si el evento causal ha tenido lugar en tiempo y momento del trabajo y se puede interrelacionar el evento con el trabajo»*; de lo contrario, *«habremos de acudir a la previsión legal de los apartados e), f) y g) del artículo 156.2 en los cuales no resulta aplicable la presunción»*.

En el supuesto enjuiciado, quedó acreditado que la crisis de ansiedad se produjo mientras la trabajadora prestaba sus servicios y por causa de acontecimientos del trabajo, debiendo abandonar su puesto para acudir al Centro de Salud donde se le diagnosticó *«reacción adaptación con característica emocional mixta»*. Por tanto, al resultar aplicable la presunción del artículo 156.3 LGSS y no existir ningún elemento que la desvirtúe (*«no hay ninguna evidencia de hechos anteriores, coetáneos o posteriores que permitan excluir el efecto presunto»*), se concluye la existencia de un accidente de trabajo.

El TSJ de Castilla-La Mancha también ha aplicado esta presunción en su sentencia de 23 de septiembre de 2022 (Rec. 1463/2021), en un supuesto de trastorno mixto ansioso depresivo provocado por el acoso reiterado de un usuario del servicio a una trabajadora asistente de ayuda a domicilio. Igualmente, el artículo 156.3 LGSS ha sido utilizado por otros tribunales en supuestos similares: STSJ de Castilla y León de 7 de junio de 2022 (Rec. 2308/2021), en el caso de una trabajadora que sufrió un ataque de ansiedad tras recibir

⁵⁴ *«Por tanto, las enfermedades de irrupción súbita que surjan en tiempo y lugar de trabajo se benefician de la presunción del artículo 156.3 LGSS. Las que se evidencian de forma distinta exigen prueba del nexo causal directo entre ellas y la ejecución del trabajo. Este es el caso de las enfermedades psíquicas o anímicas, puesto que su causa exclusiva puede estar ligada o no a la ejecución del trabajo por cuenta ajena»*.

un correo electrónico de un superior en el que se le comunicaba que pasaba a depender de la jefa de sección con la que había tenido previamente una situación de conflictividad laboral; o STSJ de Cataluña de 12 de marzo de 2019 (Rec. 5908/2018), en el caso de un trastorno de ansiedad (calificado en urgencias como “ataque de ansiedad y estrés insoportable”) producido un par de horas después de finalizar una reunión con sus superiores jerárquicos, aún en tiempo y lugar de trabajo.

10. Las especialidades aplicables a las enfermedades cardíacas

Como ya se ha señalado, la exposición prolongada a riesgos psicosociales puede tener como desenlace, en algunos de los peores casos, enfermedades o dolencias cardíacas. Estos problemas de salud no son menores pues, según la OMS, las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte en todo el mundo y así está previsto que siga siendo durante los próximos años (World Health Organization, 2023). En el ámbito laboral, en el periodo 2015-2021 se han producido 7.351 accidentes de trabajo que han derivado en bajas laborales debidas a infartos, derrames cerebrales y otras patologías por causas naturales. Estas bajas han supuesto un total de 1.156.888 días de trabajo perdido. En el periodo analizado, se ha producido un incremento de estas enfermedades en un 8,6 % y su duración media ha aumentado en un 34,16 %. Además, el 33,4 % de los accidentes mortales producidos en 2021 fue consecuencia de alguna de estas patologías cardíacas (Cebrián, 2023, pp. 3-4).

Las enfermedades/dolencias cardíacas han sido objeto de un tratamiento especial en el ámbito de los accidentes de trabajo. Pueden encontrarse numerosas sentencias en este ámbito, también del Tribunal Supremo, que mantienen una doctrina clara al respecto para que las dolencias cardíacas puedan considerarse accidente de trabajo, doctrina que puede sintetizarse en tres elementos (por todas, SSTS de 23 de enero de 2020, Rec. 4322/2017, y de 27 septiembre de 2007, Rec. 853/2006):

Debe tratarse de enfermedades que, por su propia naturaleza, puedan ser causadas o desencadenadas por el trabajo⁵⁵. Es decir, debe valorarse si es o no descartable una

⁵⁵ Entre ellas, se han incluido eventos cardíacos, como el infarto agudo de miocardio (SSTS de 8 marzo de 2016, Rec. 644/2015 y 18 de diciembre de 2013, Rec. 726/2013); la angina de pecho (STS de 26 de abril de 2016, Rec. 2108/2014); la isquemia miocárdica-arritmia cardíaca-asistólica causada por arterioesclerosis coronaria y cardiopatía dilatada (STS de 22 de julio de 2010, Rec. 4049/2009), o un episodio de taquicardia (STS de 13 de octubre de 2003, Rec. 1819/2002); y también ataques cerebrales, como un ictus (STS de 29 de abril de 2014, Rec. 1521/2013), una hemorragia intraparenquimatosa (STS de 19 de julio de 2010, Rec. 2698/2009), una hemorragia cerebral secundaria a rotura de malformación arteria-venosa (STS de 10 de diciembre de 2014, Rec. 3138/2013) o una hipoxia cerebral (STS de 11 de diciembre de 1997, Rec. 1215/1997).

influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de la crisis o episodio concreto.

Deberá correr a cargo de la persona trabajadora la prueba relativa a la concurrencia de las circunstancias que califican el accidente como laboral (especialmente, el nexo causal), salvo que este haya ocurrido en tiempo y lugar de trabajo, pues, en este caso, entrará en juego la presunción del artículo 156.3 LGSS. En este segundo supuesto, la persona trabajadora únicamente deberá acreditar que dicha enfermedad se ha manifestado en el lugar de trabajo y durante el tiempo de este. Para desvirtuar esta presunción, la parte contraria deberá aducir hechos que desvirtúen dicho nexo causal de manera suficiente.

Lo dicho hasta el momento en los dos elementos anteriores no incorpora ninguna novedad respecto de lo comentado con anterioridad en materia de enfermedades vinculadas a problemas de salud mental. La diferencia, en cambio, radica en la aplicación de la presunción señalada en el párrafo anterior, pues, en estos casos, no puede quedar excluida por el hecho de que la persona trabajadora padeciera la enfermedad con anterioridad; porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo, persistiendo o agudizándose la dolencia durante el período de actividad laboral; o porque se comenzaran a manifestar los síntomas durante el trabajo y se desencadenase el episodio cardiovascular una vez finalizado este (STS de 20 de marzo de 2018, Rec. 2942/2016⁵⁶), pues lo que se valora a estos efectos no es la acción del trabajo como causa de la lesión sino como causa desencadenante de una crisis.

Como puede deducirse de lo expuesto en el último elemento señalado, la jurisprudencia se ha manifestado en términos muy flexibles sobre la calificación como contingencia profesional de las enfermedades cardíacas, incluso en los supuestos en los que la persona trabajadora padeciera la enfermedad con anterioridad o se hubieran presentado síntomas antes de iniciar el trabajo o durante el desarrollo de este, pero con el desenlace tras su finalización. En otras palabras, la aplicación de la presunción de laboralidad del art. 156.3 LGSS se ha llegado a flexibilizar tanto en estos casos que *«la prueba en contra se ha convertido en una prueba imposible o cuasi diabólica»* (Rodríguez Iniesta, 2020, p. 253). Sin embargo, esta flexibilización no parece haber alcanzado a las enfermedades relacionadas con la salud mental derivadas de riesgos psicosociales por el momento, lo que, sin embargo, podría extrapolarse en el futuro (Rodríguez Iniesta, 2020, p. 256).

⁵⁶ Sobre una cardiopatía isquémica sufrida en el gimnasio de la empresa, al que se dirigió, precisamente, por recomendación de sus compañeros al encontrarlo indispuesto (sudoroso y pálido). En el mismo sentido, sobre un infarto de una profesora acontecido media hora después de finalizar una reunión telemática con sus compañeros, en la cual se observó que la trabajadora estaba aturdida, STSJ de Aragón de 18 de enero de 2022 (Rec. 875/2021).

11. Las especialidades aplicables al suicidio

11.1 La importancia destacada del nexo causal

Otro supuesto que presenta importantes especialidades es el suicidio o intento de suicidio como consecuencia de una exposición prolongada a riesgos psicosociales. Nuevamente, nos encontramos ante una causa de muerte especialmente relevante en España. En 2022, 4.097 personas se suicidaron –lo que ha supuesto un incremento del 2,3 % respecto de los datos del año anterior–, siendo el principal riesgo asociado al suicidio los trastornos mentales (UGT, 2023, p. 8).

Como primera diferencia esencial, mientras que el estrés/tecnoestrés/*burn-out*, depresión, ansiedad o cardiopatía son claramente involuntarias, en el suicidio o intento de suicidio, es la propia persona trabajadora la que realiza el acto de manera deliberada. Este elemento diferencial ha hecho que se plantee la posibilidad de excluir del ámbito de los accidentes de trabajo estas situaciones (incluido el suicidio consumado en tiempo y lugar de trabajo) con base en el art. 156.4.b) LGSS, donde se excluyen de esta consideración «(l)os que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado»⁵⁷.

Esta postura restrictiva fue la primera adoptada por el Tribunal Supremo hasta su importante sentencia de 29 de octubre de 1970, la primera que reconoció el suicidio como accidente de trabajo. En la actualidad, la jurisprudencia no excluye automáticamente del concepto de accidente de trabajo el suicidio de la persona trabajadora, siendo obligatorio considerar la conexión existente en cada caso concreto entre la conducta suicida y las circunstancias del trabajo prestado. Pese a que nuestro

⁵⁷ Como ha apuntado la doctrina, el suicidio no es asimilable a un acto doloso, pues «un acto doloso es siempre voluntario, o esencialmente voluntario, al prevalecer la voluntad sobre los determinismos. Sin embargo, en el suicidio la voluntad, en cuanto facultad mental ligada a la vida, se ha doblegado -dicho sea con redundancia- a determinismos determinantes de una determinación suicida, destructora de la vida y la propia voluntad. En línea semejante, la OMS ha puesto de manifiesto que la persona suicida “no quiere dejar de vivir”, solo quiere “dejar de sufrir” una situación personal para la que no ve salida, de modo que adopta una solución definitiva para un problema que muchas veces es temporal» (Lousada, 2023, p. 5). En este sentido se pronuncia la STSJ de las Islas Canarias de 8 de octubre de 2008 (Rec. 547/2005), sobre el suicidio de un trabajador producido en tiempo y lugar de trabajo. En este caso, poco tiempo antes del acto suicida, el trabajador fue diagnosticado de una alteración psiquiátrica grave (trastorno ansioso depresivo), una de cuyas causas eran las dificultades que atravesaba en su trabajo, concretamente la angustia que le producía comprobar su pérdida de capacidad para el trabajo. Para el Tribunal de instancia, confirmado por el de suplicación, este trastorno «anulaba totalmente sus facultades intelectivas y volitivas», lo que «condicionó claramente su actuación suicida, de forma que en su muerte por ahorcamiento se ha de excluir toda voluntariedad y ésta ha de ser calificada necesariamente como accidente». Por ello, aun sin aplicar la presunción de laboralidad (tiempo y lugar de trabajo), «excluida la existencia de acción consciente y voluntaria por parte del causante y acreditada la conexión con el trabajo, la sentencia recurrida entiende correctamente que la muerte por suicidio [...] merece la consideración de accidente de trabajo».

Alto Tribunal mantiene una posición más flexible ahora, siguen existiendo importantes limitaciones.

La principal de ellas es, sin duda, la relativa a la aplicación de la presunción del artículo 156.3 LGSS. A este respecto, **desde la STS de 15 de diciembre de 1972, se ha sostenido que «la “privación voluntaria de la vida” es “prueba en contrario” que impide en principio el despliegue de los efectos habituales de dicha presunción legal»** (reiterado en STS de 25 de septiembre de 2007, Rcd. 5452/2005⁵⁸).

De esta forma, una de las herramientas fundamentales a favor de la parte trabajadora, como lo es el juego de esta presunción, no resulta aplicable generalmente en los supuestos de suicidio⁵⁹. Ello impone la obligación de probar el nexo causal existente entre el acto del suicidio (o su intento) y el trabajo⁶⁰. Esto hace que, en la práctica, la tendencia jurisprudencial sea admitir de manera restrictiva la etiología laboral del acto suicida, *«pero se admite, sin embargo, cuando exista un nexo de causalidad claramente acreditado, por lo que la naturaleza voluntaria del acto suicida no es obstáculo para su posible consideración como accidente de trabajo»*, siendo necesario que el estado de perturbación mental pueda *«imputarse directamente al trabajo o, al menos, estimarse agravado por el trabajo»* (STSJ de Cantabria de 27 de febrero de 2023, Rec. 798/2022)⁶¹. Efectivamente, *«el suicidio es siempre resultado de una previa situación de trastorno o patología mental del suicida, de forma que si la génesis de este último es laboral⁶² estaremos ante un accidente de trabajo, como ya había declarado la citada sentencia de TS de 29-10-1970 (RJ 1970, 4336). En cambio, si el estado de perturbación mental no puede imputarse directamente al trabajo o, al menos, estimarse agravado por el trabajo,*

⁵⁸ En este pronunciamiento, como en muchos otros casos de suicidio (por ejemplo, STS de 4 de diciembre de 2012, Rcd. 3711/2011, con un voto particular suscrito por 2 magistrados;), el TS desestima el recurso interpuesto por falta de contradicción. Sin embargo, en este caso, recoge la evolución jurisprudencial respecto del suicidio, motivo por el cual esta sentencia es muy citada por los TTSSJ.

⁵⁹ En contra de esta importante limitación, por todos, LÓPEZ FERNÁNDEZ, 2023, p. 76 y ss. Este autor considera que *«no existen argumentos para ignorar el referido precepto, y se considera retorcido pensar en la posibilidad de que el trabajador, en un momento tan crítico, haya podido estar tramando la mejora de las prestaciones a percibir por sus causahabientes si se suicida en un lugar o en otro»*, además de señalar que estas posibles situaciones fraudulentas deberían demostrarse y no presumirse.

⁶⁰ *«Si bien es cierto que la presunción de laboralidad del actual art. 115.3 LGSS puede ser enervada por el carácter voluntario que tiene normalmente el acto de quitarse la vida, no es menos verdad que el suicidio se produce a veces por una situación de estrés o de trastorno mental que puede derivar tanto de factores relacionados con el trabajo como de factores extraños al mismo»* (STS de 15 de diciembre de 1972).

⁶¹ Por lo tanto, cuando no se acredita esta vinculación (ningún tipo de estrés o tensión emocional derivado del trabajo ni situación conflictiva alguna ni otros factores de la prestación de servicios que hubieran podido alterar o agravar el estado mental o de ánimo de la persona trabajadora), se descarta la etiología profesional del suicidio, con independencia de si se ha consumado en tiempo y lugar de trabajo o no. En esta línea, entre muchas otras, STSJ de Extremadura de 29 de noviembre de 2022, Rec. 577/2022; STSJ del País Vasco de 17 de enero de 2017, Rec. 2518/2016; STSJ de Madrid de 4 de abril de 2016, Rec. 667/2015; STSJ de Galicia de 11 de julio de 2014, Rec. 3234/2012; STSJ de Cataluña de 20 de diciembre de 2013, Rec. 4931/2013; STSJ de Castilla y León –Valladolid–, de 10 de marzo de 2010, Rec. 148/10).

⁶² *«(C)uando queda probado que la situación emocional determinante de esta grave decisión se encuentra directamente relacionada con las condiciones laborales del trabajador o sus riesgos psicosociales y es fruto del estrés ocasional y tensión en el desempeño de su actividad laboral»* (STSJ de Cantabria de 11 de noviembre de 2016, Rec. 764/2016).

no sería procedente la calificación de accidente de trabajo» (STSJ de Cantabria de 27 de febrero de 2023, Rec. 798/2022).

Pese a ello, **podemos encontrar algunas sentencias de suplicación que, aun recogiendo lo dispuesto por el TS, aplican esta presunción.** Entre ellas puede citarse, por un lado, la STSJ de Castilla-La Mancha de 2 de febrero de 2016 (Rec. 1672/2014), donde se señala que *«ocurrido el evento en el centro de trabajo, y en horario de trabajo, y con elementos existentes en las instalaciones del centro de trabajo, es fácilmente presumible la relación entre la decisión autolítica llevada a efecto por el trabajador fallecido el día 11-12-2011, y el trabajo que venía prestando, por las propias peculiaridades del mismo, incluye así dentro de la presunción del artículo 115.3 LGSS»*⁶³.

Por otro lado, cabe mencionar también la STSJ de Andalucía –Granada– de 10 de enero de 2019 (Rec. 1123/2018), en la que se concluye la existencia de accidente de trabajo al considerar que *«resulta correcta la aplicación del art. 115.3 de la LGSS vigente al tiempo del presente hecho causante, al estar acreditado que el brote psicótico que dio lugar a que el demandante se arrojara al vacío, debutó casi sin solución de continuidad a la probada existencia de una situación de conflicto laboral previo al momento del suicidio que fue la discusión y enfrentamiento con el cliente y la situación de estrés que le provocó, acontecida en tiempo y lugar de trabajo. Por lo que al quedar cubierto el carácter laboral por la presunción del art. 115.3 de la LGSS entonces vigente, y no habiéndose probado por los recurrentes, que las causas reales del suicidio no estaban relacionadas con el desempeño del trabajo, en su caso, pues no figura en el relato de hechos probados, [...], algún elemento o circunstancia revelador de antecedentes de anterior brote o de enfermedad mental previa al siniestro, ni de motivos ajenos al trabajo que le pudieran afectar mentalmente al punto que le pudiesen llevar a tomar aquella fatal decisión».*

Fuera de estos casos –no muy frecuentes–, es habitual encontrar supuestos en los que **se declara contingencia profesional el suicidio sobre la base de la teoría de la ocasionalidad relevante** (evitando, así, la difícil tarea de probar la exclusividad de la causa laboral exigida en el art. 156.2.e) LGSS). Así, se ha declarado **accidente de trabajo el suicidio realizado fuera del tiempo y lugar de trabajo de un trabajador** (sin antecedentes psiquiátricos o patologías psíquicas previas) inmerso en una **problemática laboral** al haber

⁶³ Los hechos considerados relevantes por el TSJ fueron los siguientes: «a) *Que de modo incuestionado, el hecho de donde derivó el posterior fallecimiento del trabajador se produjo en el centro de trabajo y durante el horario de su trabajo;* b) *Que había estado algunos meses antes del accidente (ya no se cuestiona la calificación, en cualquier caso, de accidente del suicidio), en situación de Incapacidad Temporal, necesitado de internamiento, y permaneciendo en situación de IT durante casi ocho meses;* c) *Que no consta que se hiciera una nueva valoración de riesgos laborales, ni de adecuación personal al puesto de trabajo, tras el alta médica y su reincorporación al trabajo, en relación con la enfermedad que le había sido diagnosticada, y eventuales problemas de seguridad propia y ajena;* d) *Tampoco consta que se valorara la repercusión sobre su estabilidad mental de la prestación del trabajo en régimen de turnos, pese a considerarse causante de “fatiga mental”».*

sido acusado y sancionado por acosar a una compañera, consecuencia de lo cual fue trasladado a otro centro de trabajo. Tres días antes del fatal desenlace, el trabajador tuvo una conversación con una compañera, en la que le manifestaba su preocupación por una posible denuncia de la trabajadora, y tan solo un día antes del acto suicida se produjo una búsqueda en Internet en relación con las consecuencias penales de una posible denuncia de acoso laboral. También quedó acreditado que el fallecido tenía problemas conyugales (aunque se desconoce la causa u origen de la problemática familiar⁶⁴) y que, durante los primeros meses del año 2021, el padre del actor estaba enfermo de gravedad; sin embargo, de la prueba aportada, el TSJ consideró que *«la existencia de problemas conyugales no tiene la entidad necesaria para suponer una ruptura en el referido nexo causal con el trabajo»*, así como tampoco son relevantes *«los datos relativos a la precaria salud del padre»*. La ITSS hizo un informe en el que concluyó que había nexo causal entre una situación laboral estresante y el suicidio (STSJ de Cantabria de 27 de febrero de 2023, Rec. 798/2022).

Asimismo, se declaró accidente de trabajo el suicidio de un trabajador (acontecido fuera del tiempo y lugar de trabajo) tras el descubrimiento por la empresa de una conducta irregular (violación del secreto profesional) que dio lugar a la apertura de expediente disciplinario con posibilidad de despido tras 22 años en la empresa. El mismo día de su fallecimiento consultó con un abogado las posibles consecuencias de esta conducta irregular (penales y civiles). Ante la plausible situación de pérdida laboral, sufrió tal grave trastorno y grado de angustia que tomó la fatal resolución de quitarse la vida. No constaban antecedentes psicológicos ni psiquiátricos del trabajador, ni ninguna otra posible causa ajena al trabajo para adoptar tal decisión (STSJ de Cataluña de 26 de octubre de 2015, Rec. 4329/2015)⁶⁵.

En esta misma línea, la STSJ de la Comunidad Valenciana de 1 de septiembre de 2008 (Rec. 3739/2007) calificó de accidente de trabajo el suicidio del gerente de una empresa (acontecido en tiempo y lugar de trabajo) en un contexto de crisis empresarial (la empresa estuvo a punto de cerrar, las averías eran constantes, había que retrasar pagos...), que dejó una **nota explicativa sobre las razones que le llevaron a adoptar tan dramática decisión donde quedaba clara la incidencia de los problemas laborales**, conclusión corroborada por el informe médico aportado en el que ya se dejaba constancia del estrés laboral.

⁶⁴ *«[...] incluso, no sería descartable considerar, atendiendo al conjunto de elementos fácticos descritos, que la referida problemática laboral estuviera interfiriendo en su vida familiar y, por ende, en su salud mental y no al contrario».*

⁶⁵ Este mismo Tribunal consideró también accidente de trabajo el suicidio de un agente forestal acaecido fuera del lugar y tiempo de trabajo, que consideró que su participación en un incendio forestal con el que se obsesionó estaba en la base de la decisión suicida al no concurrir ninguna otra causa ajena a esta que pudiera motivar el suicidio, no tener antecedentes psicológicos/psiquiátricos y, sobre todo, al valorar las notas de suicidio del trabajador y el relato de sus allegados (STSJ de Cataluña de 11 de abril de 2014, Rec. 972/2014).

En sentido similar, la STSJ de la Comunidad Valenciana de 3 de noviembre de 2015 (Rec. 449/2015) declara accidente de trabajo el suicidio de un trabajador que mostraba **gran preocupación por el trabajo**, aún en fechas en que no trabajaba, siendo una persona con una **elevada responsabilidad laboral y un alto nivel de exigencia, aunque no existían datos objetivos respecto a si el volumen de trabajo que debía asumir era de gran magnitud o entraba dentro de la normalidad** (no se acreditaron problemas familiares o económicos del trabajador fallecido). El TSJ consideró que, en este caso, era irrelevante si la carga de trabajo era excesiva o no *«pues no se escapa a nadie que el grado de responsabilidad e implicación en el trabajo de las personas es muy desigual, llegándose a casos obsesivos de estrés, sirviendo como ejemplo el relativo al trabajador fallecido, que llega a reconocer explícitamente, y en una situación límite, en la carta redactada inmediatamente antes de suicidarse, lo presionado que estaba en el trabajo, "por no saber decir que no a nada", lo que denota la elevada carga de autoexigencia ya mencionada precedentemente, que incluso le hacían temer por su puesto de trabajo, a pesar de tratarse de un funcionario de carrera y no haber constancia de la existencia de una amenaza en ese sentido»*.

A este respecto, es interesante la matización que incluye la STSJ de Extremadura de 14 de diciembre de 2009 (Rec. 524/2009). En este pronunciamiento se reconoce la **irrelevancia de que las preocupaciones laborales que dan lugar al suicidio tengan o no una justificación real, pues lo fundamental es la conexión entre la conducta del suicidio y el trabajo prestado**; si fuera necesaria una justificación de la conducta suicida, se podría llegar a la conclusión de *«que tan drástica decisión nunca está justificada»* y, por tanto, que nunca puede ser considerada accidente de trabajo⁶⁶.

11.2 Elementos probatorios adicionales: la nota de suicidio y la autopsia psicológica

De lo expuesto en este apartado, se deduce que **es esencial aportar prueba suficiente sobre la conexión del suicidio o intento de suicidio con el trabajo**. Esta prueba puede **consistir**, como en el caso del resto de problemas de salud mental señalados, en informes médicos de especialistas (psicológicos o psiquiátricos) y/o de la ITSS, declaraciones de testigos, etc. En estos casos, en cambio, **se incluye un elemento fundamental adicional: la nota de suicidio**. Cuando esta nota se realiza por la persona que ha cometido la

⁶⁶ El hecho de que *«los temores del fallecido sobre el supuesto peligro que corría su puesto de trabajo tuvieran o no justificación no influye en la calificación del suceso como accidente de trabajo, pues, de lo contrario, debería llegarse a la conclusión de que el suicidio relacionado con el trabajo únicamente podría considerarse como accidente laboral cuando está justificado, exigencia que no se recoge en la doctrina que se plasma en la antes mencionada STS de 25 de septiembre de 2007, que tan sólo se refiere a una conexión entre la conducta del suicidio y el trabajo prestado y que, de considerarse necesaria, llegaría a invalidez tal doctrina, haciéndola inaplicable, pues siempre podría considerarse que tan drástica decisión nunca está justificada»*. Además, en este caso quedó probado que el trabajador padecía burn-out.

conducta suicida (lo que no ocurre en todos los supuestos), los tribunales suelen darle una relevancia especial a la hora de determinar las causas que motivaron a adoptar tal decisión fatal (entre otras, SSTSJ de la Comunidad Valenciana de 3 de noviembre de 2015, Rec. 449/2015, y de 1 de septiembre de 2008, Rec. 3739/2007; SSTSJ de Cataluña de 11 de abril de 2014, Rec. 972/2014, y de 3 de noviembre de 2000, Rec. 8636/1999; STSJ de Andalucía –Sevilla– de 3 de marzo de 2011, Rec. 1148/2010; STSJ de Castilla y León –Valladolid– 18 de julio de 2005, Rec. 1254/2005, confirmada por la STS de 25 de septiembre de 2007). De este modo, es esencial la importancia que se le atribuya a las circunstancias laborales en estas notas (Grau y Rodríguez Monroy, 2020, p. 111).

Adicionalmente, **ya pueden encontrarse algunos pronunciamientos que incluyen como elemento probatorio la “autopsia psicológica”**. Esta autopsia puede definirse como «*un proceso de recolección de datos que permite reconstruir el perfil psicológico de una persona y su estado mental antes de que ocurriera su deceso por una causa dudosa [...]. Por ello, supone una exploración psicobiográfica tentativa de las conductas y de la vida anímica de la persona en cuestión, encaminada a esclarecer las causas de su muerte [...]*» (Pérez-Fernández, Janosch-González y López-Muñoz, 2023, p. 137).

Esta técnica se apoya en cuatro elementos esenciales: carácter cualitativo y retrospectivo de la información analizada, dado que cualquier dato relevante para determinar las causas de lo ocurrido es anterior o simultáneo a los hechos; utilización de un método indirecto e inverso, lo cual supone que la recogida de información involucra a fuentes ajenas a la víctima como familiares, amigos, escenarios y/o documentos (aunque la víctima haya sobrevivido); el objetivo específico del procedimiento es determinar el estado psíquico, en el sentido más amplio posible, del sujeto en el momento del hecho; importancia de la multidisciplinariedad, pues, en principio, todos los recursos disponibles son igualmente válidos en la medida en la que nunca se sabe dónde puede haber información relevante (Pérez-Fernández, Janosch-González y López-Muñoz, 2023, pp. 138-139).

La autopsia psicológica es una herramienta utilizada en Estados Unidos y Sudamérica como prueba pericial validada y demandada por los propios tribunales, pero en España todavía es bastante desconocida (Terán Villagrà, 2023, p. 220). Sin embargo, esta herramienta ha sido recientemente utilizada como medio de prueba complementario para determinar el carácter laboral del suicidio de un trabajador en la STSJ de Cantabria de 27 de febrero de 2023 (Rec. 798/2022). En este caso, se ha realizado por un perito certificado por la *American Association of suicidology* (AAS) para la realización de este método de análisis⁶⁷, consistente en un cuestionario de 123 preguntas a personas del

⁶⁷ Mediante el *Psychological Autopsy Certification Training, Suicidology*. Más información disponible en <https://suicidology.org/pact/>

entorno de la víctima⁶⁸. A este respecto, es importante tener en cuenta que esta **certificación de la AAS es el principal programa de certificación a nivel mundial en este ámbito** (Terán Villagrà, 2023, p. 219).

En la actualidad, **un grupo de autores trabaja en la creación de un modelo de autopsia psicológica adaptado al contexto laboral**, sobre la base del Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI, García Pérez, 2007), cuya aplicación tiene tres objetivos principales: a) construir un perfil socio-psico-laboral de la víctima; b) realizar una apreciación clínico-forense sobre la muerte dubitada; y c) establecer –o descartar– si la muerte tiene algún nexo causal con el trabajo de la víctima y/o derivado de las condiciones laborales del trabajador objeto de la evaluación (Ceballos-Espinoza y García Pérez, 2022, p. 64). Entre otras particularidades, se presenta como indispensable en este modelo la entrevista semiestructurada de los compañeros de trabajo de la persona trabajadora fallecida, tanto en línea horizontal (pares/compañeros propiamente tal), como en línea vertical (superiores/jefes y subalternos/dependiente), poniendo especial énfasis sobre las características y dinámica de la organización y sus relaciones intralaborales (Ceballos-Espinoza y García Pérez, 2022, p. 67).

Áreas de exploración para una Autopsia Psicológica en contexto laboral <i>(extraído de Ceballos-Espinoza y García Pérez, 2022, pp. 64-66)</i>	
ITEM (área de exploración)	CONTENIDO (indicadores/aspectos relevantes)
1. Información personal del trabajador	Datos sociodemográficos (edad, sexo, domicilio, escolaridad, estado civil, hijos, situación económica, etc.).
2. Anamnesis laboral	Información laboral del trabajador (ocupación, cargo, hoja de vida, llamados de atención, descargos, procesos disciplinarios, etc.).
3. Análisis de las condiciones psicosociales del puesto de trabajo	Descripción del puesto de trabajo, condiciones laborales, carga laboral, horarios, turnos, enfermedad de origen laboral, etc.
4. Antecedentes criminalísticos y judiciales del fallecimiento	Fecha de muerte, características del lugar, circunstancias en que falleció, situación procesal de la investigación judicial, etc.
5. Resumen de la historia vital de la víctima	Ciclo vital (historia remota / historia reciente), historia familiar, laboral, historia académica, relaciones amorosas, historial clínico (salud física/mental), etc.
6. Historia familiar	Patologías presentes en algún miembro de la familia, historial suicida u otras muertes violentas, entre otros.
7. Personalidad y estilo de vida de la víctima	Esquema general de funcionamiento, patrones de relacionamiento interpersonal, tipo de personalidad a la base, posible psicopatología, etc.
8. Consumo de alcohol o drogas en la vida del trabajador	Nivel de consumo, contexto de consumo, problemas/motivación asociada al consumo.

⁶⁸ En ella, «se ha pretendido identificar rasgos y aspectos de la personalidad (como reactividad al estrés, resiliencia, emotividad, agresividad o impulsividad); establecer la posibilidad de diagnósticos psiquiátricos; identificar probables factores de riesgo y factores protectores; identificar probables precipitantes; establecer la presencia o ausencia de motivos (motivación); y establecer la presencia o ausencia de intencionalidad».

Áreas de exploración para una Autopsia Psicológica en contexto laboral <i>(extraído de Ceballos-Espinoza y García Pérez, 2022, pp. 64-66)</i>	
ITEM (área de exploración)	CONTENIDO (indicadores/aspectos relevantes)
9. Relaciones interpersonales (laborales / extralaborales)	Con sus compañeros de trabajo (relaciones laborales horizontales y verticales), con su familia, amigos, pareja/cónyuge.
10. Patrón de funcionamiento/ reacción (personal/ familiar) frente al estrés	Respuestas conductuales, herramientas de afrontamiento, estrategias resolutivas, enfados, tensiones.
11. Estresores presentes durante el último tiempo	Determinar áreas de conflicto (laborales, económicos, familiares, etc.) y movilización afectiva asociada al evento.
12. Precipitantes asociados al suicidio	Identificar el precipitante o elemento circunstancial temporalmente asociado al deceso (discusión y/o problema laboral reciente)
13. Cambios conductuales registrados por el trabajador durante el último tiempo	Hábitos, rutinas, sexualidad, alimentación, circunstancias laborales.
14. Indicadores de riesgo suicida presentes en el trabajador	Intentos suicidas previos, señales presuicidas, verbalizaciones, narrativa presente (RR.SS.), amenazas suicidas, etc.
15. Evaluación de la intención	Planificación del acto, comunicaciones, medidas adoptadas, participación en actividades de riesgo, cartas, testamento, etc.
16. Evaluación de la letalidad	Método/mecanismo de muerte utilizado, grado de letalidad o daño esperado, accesibilidad, etc.
17. Reacción de los informantes ante el deceso	Reacción de cercanos a la víctima, con particular énfasis en la reacción de los compañeros de trabajo y jefes del trabajador fallecido.
18. Otros antecedentes de relevancia	Información colateral no considerada previamente, recibida de otras fuentes de información (por ej. redes sociales, mensajería de texto, mails, etc.).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Recomendaciones para prevenir los riesgos psicosociales

En este apartado se formulan algunas conclusiones y propuestas que pueden tener interés para las diferentes entidades y agentes implicados en la prevención de riesgos laborales:

Para el INSST:

- Revisar y actualizar la herramienta de Salud Total (NTP 421 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: "Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral) que data de 1996 para tener en cuenta los cambios tecnológicos, económico y sociales producidos desde entonces.

Para los negociadores de convenios colectivos:

- Que preferentemente sean los convenios colectivos de sector los que se encarguen de abordar esta materia. De esta forma se evita la regulación fragmentada y dispar del conjunto de las personas trabajadoras del sector y se economiza el tiempo invertido por los negociadores para lograr el acuerdo.
- Incorporar los riesgos psicosociales en el convenio colectivo como contenido específico de la evaluación de riesgos laborales.
- Estimular el enfoque preventivo de las adicciones de las personas trabajadoras y no situarse solo en el apartado referido a las sanciones.
- Incluir en los convenios colectivos contenidos específicos de formación en materia de riesgos psicosociales dirigidos a los delegados y delegadas de prevención y el resto de los miembros del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Crear equipos de riesgos psicosociales dotándoles de formación y competencias.
- Crear nuevas figuras de representación especializada en materia de riesgos laborales más adaptadas a las nuevas necesidades. Por ejemplo, los delegados de prevención en materia de salud mental.
- Identificar qué medidas vinculadas con los riesgos psicosociales de la Estrategia Española de Seguridad y Salud del INSST 2023-2027 se pueden llevar a las mesas de negociación colectiva.

Para las empresas:

- Articular políticas de cero acosos laborales y que sean comunicadas por los mandos intermedios al resto de las personas trabajadoras.
- Incluir en el presupuesto dirigido a la prevención de riesgos laborales partidas específicas a las medidas preventivas de los riesgos psicosociales.
- Seleccionar el método de evaluación de riesgos laborales tomando en consideración la perspectiva de género si procede.

2. Conclusiones respecto a la clasificación como accidente de trabajo los problemas de salud mental

- Dificil calificación de los problemas de salud mental como contingencia profesional dada su exclusión del listado de enfermedades profesionales.
- Históricamente, se exige demostrar que el problema de salud mental se debe exclusivamente al trabajo (art. 156.2.e) LGSS), lo cual es especialmente complejo por su carácter multicausal. No obstante, ha surgido una doctrina flexibilizadora que considera accidente de trabajo estas enfermedades cuando el trabajo sea su causa “preponderante o relevante”, aunque no exclusiva.
- Es esencial acreditar la existencia de algún condicionante laboral origen de la mala salud mental: conflicto laboral, acoso, excesiva carga de trabajo, precariedad laboral, etc. Puede ser relevante comprobar si existe evaluación de riesgos

psicosociales en la empresa y si se han implantado medidas para reducir los riesgos psicosociales.

- Es fundamental acreditar debidamente la existencia de nexo causal lesión-trabajo, lo cual puede hacerse mediante informes médicos psicológicos y/o psiquiátricos, informes emitidos por la ITSS, nota de suicidio, autopsia psicológica, etc.
- La existencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos de la persona trabajadora no impide, en todo caso, la existencia de accidente de trabajo. Esto es debido a que la doctrina judicial entiende que estas enfermedades, aunque fueran preexistentes, pueden verse agravadas por el trabajo, lo que provocaría que el problema de salud mental debiera calificarse de accidente laboral (art. 156.2.f) LGSS).
- La presunción del art. 156.3 LGSS, que presume accidente de trabajo los trastornos ocurridos en tiempo y lugar de trabajo, resulta aplicable a los problemas de salud mental. Esto significa que se presumirá accidente laboral en la medida en la que las dolencias se materialicen con carácter súbito en el lugar y tiempo de trabajo. En estos casos, no será necesario probar en juicio que el trabajo es la causa exclusiva de esta enfermedad.
- La única excepción a lo señalado en el apartado anterior es el supuesto de suicidio, donde la doctrina judicial mayoritaria entiende que la actuación deliberada de la persona trabajadora opera como “prueba en contrario” de esta presunción. Es decir, la doctrina judicial entiende que, dado que es la persona que comete suicidio la que “elige” el lugar y la hora, no se puede aplicar la presunción. Por ello, en estos supuestos, resulta necesario probar el nexo causal, frecuentemente, a través de la aplicación de la teoría de la *ocasionalidad relevante* (tanto si este se ha producido en tiempo y lugar de trabajo como en caso contrario). No obstante, parte de la doctrina se ha mostrado en contra de esta doctrina judicial, al entender que “se considera retorcido pensar en la posibilidad de que el trabajador, en un momento tan crítico, haya podido estar tramando la mejora de las prestaciones a percibir por sus causahabientes si se suicida en un lugar o en otro”.
- La aplicación de la presunción del art. 156.3 LGSS es más amplia en el caso de enfermedades cardíacas, pues no se ve enervada por el hecho de que la persona trabajadora padeciera la enfermedad con anterioridad al inicio de la prestación laboral, ni porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciar el trabajo o

durante el desarrollo de este, pero con producción del desenlace tras su finalización.

- El incumplimiento empresarial en materia preventiva puede dar lugar, también en el caso de riesgos psicosociales, a la imposición de un recargo de prestaciones económicas derivadas de accidente de trabajo (art. 164 LGSS) y a una indemnización por los daños y perjuicios ocasionados a la persona trabajadora si se acredita la relación de causalidad entre estos incumplimientos preventivos y los daños psicosociales producidos.

BIBLIOGRAFÍA

- CEBALLOS-ESPINOZA, F. y GARCÍA PÉREZ, T. (2022). Suicidio y trabajo. La autopsia psicológica aplicada a la investigación de muertes en contextos laborales, en LUNA, L. (comp.) *Salud Mental y Trabajo, El Libro Total*. Bucaramanga (Colombia), pp. 42-83.
- CEBRIÁN, J. L. (2023). La enfermedad cardiovascular en España. Siniestralidad laboral debida a infartos, derrames cerebrales y otras patologías debidas a causas naturales y propuestas preventivas para su reducción. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, Núm. 214.
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, O. (2020). Capítulo XXVII. La inclusión de los riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales: evidencias y propuestas para una revisión legal, en VV. AA. *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social*, Laborum, Vol. 1, España, pp. 433-444.
- DE VICENTE PACHÉS, F. (2018). *Ciberacoso en el trabajo.*, Atelier, Barcelona.
- FERNÁNDEZ COLLADOS, M. B. (2007). Capítulo III. La flexibilización jurisprudencial del concepto de enfermedad laboral como respuesta al sistema de lista cerrada, en CAVAS MARTÍNEZ, F. (Dir.) *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la seguridad social*, Ministerio de Trabajo e Inmigración, pp. 117-136, disponible en https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/cc901b09-e9fd-4565-87d4-6c8f117a6e99/F70_07N.pdf?MOD=AJPERES
- GARCÍA GARCÍA, A.M. (2023). Exámenes médicos en el contexto de la vigilancia de la salud en el lugar de trabajo en España: ¿para qué?. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, nº 26 (2), págs. 34-38.
- GARCÍA-PÉREZ, T. (2007). *Pericia en autopsia psicológica*. Ediciones La Rocca, Buenos Aires (Argentina).
- GONZÁLEZ COBALEDA, E. (2021) *La evaluación de los riesgos psicosociales en el mundo laboral actual, digital, ecológico e inclusivo: desafíos jurídicos y de operatividad práctica*. Ed. Comares, Granada.
- GRAU PINEDA, C. y RODRÍGUEZ MONROY, A. G. (2020). Capítulo IV. El suicidio como accidente de trabajo: un repaso a la evolución jurisprudencial hasta la actualidad,

en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 1, España, pp. 91-111.

ICAM (Ilustre Colegio de la Abogacía de Madrid). (2023). Guía stop suicidios, *Proyecto Bienestar integral ICAM* <https://web.icam.es/wp-content/uploads/2023/10/GUIA-PREVENCION-DEL-SUICIDIO.pdf>

JURADO SEGOVIA, A. (2009). Enfermedades psicológicas y accidente de trabajo. A propósito de un supuesto de acoso sobre una trabajadora con dolencias previas. SJS núm. 30 de Madrid, de 30-5-2009. *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 44, versión electrónica.

LEGUA RODRIGO, M. C. (2020). Capítulo XXII. Del accidente de trabajo a la enfermedad profesional: la enfermedad del trabajo, en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 1, España, pp. 359-374.

LÓPEZ FERNÁNDEZ, R. (2020). Capítulo XXXI. La ausencia de las enfermedades psicosociales en la lista del anexo I RD 1299/2006, en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 1, España, pp. 491-508.

LÓPEZ FERNÁNDEZ, R. (2023). El encaje del suicidio como accidente de trabajo: qué dice la jurisprudencia y cuáles son las principales causas, *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, Vol. 11, núm.3, pp. 64-91.

LOUSADA AROCHENA, J. F. (2023). El suicidio como accidente de trabajo: ¿qué hay que probar y cómo probarlo? *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 4.

MARÍN MALO, M. (2018). *La prevención del consumo del alcohol en el medio laboral. Obligaciones empresariales y medidas preventivas*, Aranzadi, Navarra.

MARTÍNEZ BARROSO, M. R. (2002). *Las enfermedades de trabajo*, Tirant lo Blanch, Valencia.

- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1986): *The Maslach Burnout Inventory*. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- MORARU, G-F y SMINTINICA, C. (2020). Capítulo XIII. El accidente de trabajo tras 120 años de la Ley de accidentes de trabajo: una relectura doctrinal y jurisprudencial, en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 1, España, pp. 223-242.
- MUÑOZ RUIZ, A.B. (2009). *El sistema normativo de la prevención de riesgos laborales*. Lex Nova, Valladolid.
- MUÑOZ RUIZ, A. B. (2012) La realidad inventada. Accidente de trabajo, acoso imaginario y riesgo de simulación. *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 19, versión electrónica.
- PAYÁ CASTIBLANQUE, R. y CALVO PALOMARES, R. (2020). Sistemas de prevención y protección en el orden social sobre los riesgos emergentes de origen psicosocial en la economía digital, AA. VV. (Dir. RODRÍGUEZ-PIÑERO ROYO, M. y TODOLÍ SIGNES, A.) *Vigilancia y control en el Derecho del Trabajo Digital*, Thomson Reuters Aranzadi, pp. 535-576.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, M. M. (2020). Capítulo IV. La función de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en la tutela de los riesgos profesionales, en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 2, España, pp. 83-109.
- PÉREZ-FERNÁNDEZ, F., JANOSCH-GONZÁLEZ, H. y LÓPEZ-MUÑOZ, F. (2023). La autopsia psicológica como tecnología auxiliar del análisis de conducta y la investigación policial. *Revista Logos Guardia Civil*, núm. Especial, febrero-2023, pp. 129-144, disponible en <https://revistacugc.es/article/view/5488>
- PÉREZ-ZAPATA, O. y ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, G (2021). Empleo, trabajo y riesgos para la salud mental: análisis y propuestas de intervención. *Panorama Social*, nº 34, pp. 77-103.

- OIT. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*, Ginebra. En https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- RODRÍGUEZ INIESTA, G. (2020). Capítulo XIV. Las enfermedades de súbita aparición o desenlace y su consideración como accidentes de trabajo. La cardiopatía isquémica y su tratamiento excesivamente privilegiado por la doctrina judicial, en VV. AA., *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Experiencias y desafíos de una protección social centenaria. IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Laborum*, Vol. 1, España, pp. 243-256.
- RODRÍGUEZ SANZ DE GALDEANO, B. y MUÑOZ RUIZ, A.B. (Dir.). (2021). *Guía práctica de prevención de riesgos laborales*, Cinca.
- SÁNCHEZ PÉREZ, J. (2016). El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de información laboral*, núm. 5, versión electrónica.
- SÁNCHEZ PÉREZ, J. (2023). Una nueva sentencia abre expectativas de defensa para el suicidio inducido por causas laborales. *Noticias CIELO*, núm. 3.
- TERÁN VILLAGRÁ, N. (2023). La autopsia psicológica como herramienta de prueba en el suicidio de causa laboral. *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*. Vol. 11, núm.3, pp. 210-226.
- UGT (2023). *Salud mental y trabajo*, disponible en: <https://www.ugt.es/sites/default/files/SALUD%20MENTAL%20Y%20TRABAJO%2002.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2023). *Noncommunicable diseases*, de 16 de septiembre, disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



GENERALITAT
VALENCIANA

INVASSAT

Institut Valencià de
Seguretat i Salut en el Treball

UGT  
País Valencià



VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

