

Las enfermedades profesionales en sectores feminizados: un sistema pendiente de reforma con perspectiva de género

Matthieu Chabannes

*Profesor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Universidad Complutense de Madrid (España)*
matthcha@ucm.es | <https://orcid.org/0000-0002-9295-923X>

Extracto

El presente artículo analiza la brecha de género en el reconocimiento de las enfermedades profesionales dentro del sistema de Seguridad Social español. A partir de un enfoque crítico del marco normativo y de un análisis de la jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo, se evidencian las limitaciones de la normativa vigente para proteger adecuadamente a las trabajadoras de profesiones feminizadas. Se proponen reformas orientadas a integrar la perspectiva de género, mejorar la prevención y garantizar una protección social más equitativa.

Palabras clave: brecha de género; enfermedades profesionales; sectores feminizados; discriminación indirecta; perspectiva de género; riesgos laborales; salud.

Recibido: 07-03-2025 / Aceptado: 17-03-2025 / Publicado (en avance): 10-04-2025

Cómo citar: Chabannes, M. (2025). Las enfermedades profesionales en sectores feminizados: un sistema pendiente de reforma con perspectiva de género. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 486, xx-xx. <https://doi.org/10.51302/rtss.2025.24399>



Occupational diseases in feminized sectors: a system awaiting reform from a gender perspective

Matthieu Chabannes

Lecturer in Labour and Social Security Law.

Complutense University of Madrid (Spain)

matthcha@ucm.es | <https://orcid.org/0000-0002-9295-923X>

Abstract

This article examines the gender gap in the recognition of occupational diseases within the Spanish Social Security system. Through a critical analysis of the regulatory framework and recent case law from the Supreme Court, it highlights the limitations of the current legislation in adequately protecting female workers in highly feminized professions. The article proposes reforms aimed at integrating a gender perspective, enhancing prevention measures, and ensuring more equitable social protection.

Keywords: gender gap; occupational diseases; feminized sectors; indirect discrimination; gender perspective; occupational risks; health.

Received: 07-03-2025 / Accepted: 17-03-2025 / Published (preview): 10-04-2025

Citation: Chabannes, M. (2025). Occupational diseases in feminized sectors: a system awaiting reform from a gender perspective. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 486. <https://doi.org/10.51302/rtss.2025.24399>



Sumario

1. Introducción
2. Evolución y evaluación del registro de enfermedades profesionales
3. El marco jurídico de las enfermedades profesionales y sus limitaciones
4. El papel de la jurisprudencia en la calificación de enfermedades profesionales: una mirada desde la perspectiva de género
 - 4.1. El síndrome del túnel carpiano y su reconocimiento como enfermedad profesional en profesiones feminizadas
 - 4.2. Enfermedades musculoesqueléticas y su reconocimiento como enfermedades profesionales en profesiones feminizadas
 - 4.3. La perspectiva de género en la calificación de enfermedades profesionales: un avance hacia la protección social y salud laboral de las mujeres
5. Conclusiones y propuestas de mejora

Referencias bibliográficas

1. Introducción

El reconocimiento de las enfermedades profesionales constituye uno de los pilares fundamentales del sistema de protección de la Seguridad Social, al garantizar a las personas trabajadoras el acceso a prestaciones específicas que compensan los riesgos inherentes a su actividad laboral. Sin embargo, este ámbito revela importantes deficiencias cuando se analiza desde una perspectiva de género, evidenciando una brecha que afecta de manera desproporcionada a las mujeres. La configuración normativa del listado de enfermedades profesionales en España, recogido en el Real Decreto (RD) 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, así como los criterios para su calificación, responde a un modelo androcéntrico que prioriza patologías asociadas a sectores tradicionalmente masculinizados, dejando en la sombra dolencias vinculadas a profesiones feminizadas.

Esta falta de enfoque de género en la norma no es un fenómeno aislado, sino el reflejo de una estructura más amplia de discriminación indirecta que se traduce en una brecha prestacional de género dentro del sistema de Seguridad Social. La exclusión de determinadas patologías y actividades del cuadro de enfermedades profesionales obliga a las trabajadoras a emprender la vía judicial para obtener el reconocimiento de la contingencia profesional, asumiendo la carga de probar el nexo causal entre la enfermedad y la actividad desempeñada. Este obstáculo procesal no solo limita el acceso efectivo a la protección social, sino que también perpetúa desigualdades estructurales en el ámbito de la salud laboral.

En este contexto, la jurisprudencia del Tribunal Supremo (TS) ha desempeñado un papel relevante como mecanismo corrector de las limitaciones del marco normativo vigente. A través de una serie de pronunciamientos durante los últimos años, se ha abierto paso a una interpretación más flexible del listado de enfermedades profesionales, reconociendo patologías asociadas a profesiones feminizadas e, incluso, en algunos casos, integrando de forma explícita la perspectiva de género en la fundamentación de las decisiones judiciales. Sin embargo, estos avances siguen siendo excepcionales y fragmentarios, lo que pone de manifiesto la necesidad de una reforma legislativa que aborde de manera integral las desigualdades detectadas.

El presente artículo tiene como objetivo analizar críticamente el actual sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales desde una perspectiva de género, identificando las barreras normativas y jurisprudenciales que contribuyen a la brecha prestacional en la Seguridad Social. Para ello, se estructura en tres bloques principales: en primer lugar, se expone la evolución de las enfermedades profesionales en España, destacando su impacto diferenciado por razón de género; en segundo lugar, se examina el marco jurídico vigente,

señalando sus principales limitaciones; y, finalmente, se realiza un análisis de la doctrina jurisprudencial más relevante del TS, subrayando su contribución –aunque limitada– a la corrección de las desigualdades de género en esta materia. A modo de conclusión, se presentan propuestas de reforma normativa y de políticas públicas orientadas a garantizar una protección social más justa y equitativa para todas las personas trabajadoras, con especial atención a la situación de las mujeres.

2. Evolución y evaluación del registro de enfermedades profesionales

La evolución de las enfermedades profesionales en España refleja una tendencia al alza en los últimos años, si bien persisten notables deficiencias en materia notificación y reconocimiento de determinadas patologías (Gayá Pérez *et al.*, 2023). Según los datos oficiales del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en 2024 se han registrado 26.993 casos de enfermedades profesionales vinculadas a una actividad económica, lo que representa un incremento del 5,34 % respecto al año anterior. De este total, 11.554 casos dieron lugar a situaciones de incapacidad temporal, lo que equivale al 42,80 %, mientras que los 15.439 restantes fueron comunicados sin que se produjera baja laboral. En términos comparativos, los casos con baja experimentaron un aumento del 5,02 % respecto a 2023, en tanto que los casos sin baja crecieron un 5,58 %. Estos incrementos, sin embargo, resultan sensiblemente inferiores a los registros en los años inmediatamente posteriores a la pandemia, periodo en el que las tasas de crecimiento anual oscilaban entre el 10 % y el 14 %.

Tabla. Evolución del número de enfermedades profesionales por sexo (2010-2024)

Año	Con baja hombres	Con baja mujeres	Total con baja	Sin baja hombres	Sin baja mujeres	Total sin baja	Total hombres	Total mujeres	Total general
2010	4.921	3.844	8.765	5.299	2.778	8.077	10.220	6.622	16.842
2011	4.689	4.116	8.805	5.705	3.412	9.117	10.394	7.528	17.922
2012	3.835	3.631	7.466	4.913	3.265	8.178	8.748	6.896	15.644
2013	3.698	3.901	7.599	5.273	3.924	9.197	8.971	7.825	16.796
2014	3.978	4.134	8.112	4.931	4.217	9.148	8.909	8.351	17.260
2015	4.360	4.713	9.073	5.409	4.656	10.065	9.769	9.369	19.138
2016	4.782	5.104	9.886	5.597	5.117	10.714	10.379	10.221	20.600





Año	Con baja hombres	Con baja mujeres	Total con baja	Sin baja hombres	Sin baja mujeres	Total sin baja	Total hombres	Total mujeres	Total general
2017	4.976	5.164	10.140	5.660	5.249	10.909	10.636	10.413	21.049
2018	5.488	5.894	11.382	6.282	6.418	12.700	11.770	12.312	24.082
2019	6.184	6.693	12.877	7.073	7.342	14.415	13.257	14.035	27.292
2020	4.497	4.172	8.669	4.912	4.819	9.731	9.409	8.991	18.400
2021	4.895	4.447	9.342	5.533	5.506	11.039	10.428	9.953	20.381
2022	5.168	4.458	9.626	6.282	6.500	12.782	11.450	10.958	22.408
2023	5.545	5.457	11.002	6.520	8.103	14.623	12.065	13.560	25.625
2024	5.577	5.977	11.554	6.813	8.626	15.439	12.390	14.603	26.993

Fuente: elaboración propia a partir del anuario de estadísticas del Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Observatorio de las contingencias profesionales de la Seguridad Social.

A pesar del repunte registrado en los últimos años, el número de enfermedades profesionales notificadas aún no ha alcanzado los niveles previos a la pandemia, concretamente los de 2019, cuando se contabilizaron 27.292 casos. La drástica disminución observada en 2020, coincidiendo con el impacto de la crisis sanitaria derivada de la COVID-19, provocó una distorsión en los datos estadísticos. Aunque desde entonces se ha producido un incremento progresivo en la notificación de casos, este crecimiento no ha sido suficiente para recuperar plenamente los niveles anteriores a dicha crisis.

La infranotificación de enfermedades profesionales en España obedece a una combinación de factores estructurales que dificultan su adecuada identificación y reconocimiento. En primer lugar, destaca la complejidad probatoria inherente a la acreditación del nexo causal entre la patología y la actividad laboral, requisito esencial para su calificación como enfermedad profesional. Esta dificultad se ve acentuada por la falta de mecanismos normativos que faciliten dicha prueba, especialmente en el caso de enfermedades con etiologías multifactoriales. En segundo lugar, el carácter obsoleto del listado de enfermedades profesionales, regulado por el RD 1299/2006, constituye un obstáculo significativo. La falta de actualización del cuadro, tanto en lo que respecta a las patologías incluidas como a las actividades económicas vinculadas, impide la adaptación del sistema de reconocimiento a la evolución de las condiciones de trabajo y a la aparición de nuevos riesgos laborales. Otro factor relevante es el papel que desempeñan las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, responsables de la gestión y comunicación de estas contingencias. Su doble

condición de entidades gestoras y aseguradoras puede dar lugar a conflictos de interés, fomentando en algunos casos la reclasificación de enfermedades de origen profesional como enfermedades comunes, con el consiguiente traslado de la carga económica al Sistema Nacional de Salud. Finalmente, la falta de políticas públicas eficaces en diversas comunidades autónomas para fomentar la identificación y notificación de enfermedades profesionales contribuye de forma decisiva a este fenómeno¹.

A diferencia de los accidentes de trabajo, cuya incidencia se concentra mayoritariamente en la población masculina debido a su presencia en sectores de mayor siniestralidad, las enfermedades profesionales presentan un perfil predominantemente femenino. En 2024, el 54,10 % de los casos notificados correspondieron a mujeres, consolidando la tendencia observada desde 2018. Esta cifra podría ser incluso superior si se dispusiera de índices de incidencia ajustados a la población ocupada por sexo, lo que permitiría una evaluación más precisa del impacto real de estas patologías en las mujeres trabajadoras. El sesgo de género en el reconocimiento de enfermedades profesionales resulta particularmente evidente, ya que el cuadro sigue sin incluir patologías vinculadas a actividades feminizadas, perpetuando así una invisibilización estructural de los riesgos específicos asociados a estos sectores (Lousada Arochena, 2021). No obstante, los datos reflejan que la mayor concentración de enfermedades profesionales en ambos sexos se agrupa en el Grupo 2, relativo a los agentes físicos, que comprende fundamentalmente los trastornos musculoesqueléticos. Este grupo representa el 81,98 % de los partes con baja en el caso de los hombres y el 80,50 % en el caso de las mujeres, lo que evidencia la transversalidad de estos riesgos, aunque con manifestaciones diferenciadas en función de la distribución sexual del trabajo y la organización de las tareas.

Por otro lado, las enfermedades profesionales derivadas de la exposición a agentes biológicos, incluidas en el Grupo 3 (6,4 %), han experimentado un incremento del 324 % entre 2023 y 2024. Este crecimiento se manifiesta de forma especialmente significativa en la población femenina, con 329 notificaciones frente a los 82 casos registrados en hombres, una diferencia que se explica por la elevada feminización de sectores como el sanitario y socio-sanitario, donde la exposición a este tipo de riesgos es más intensa y frecuente.

Otro de los aspectos que pone de manifiesto la desigualdad de género en el reconocimiento de enfermedades profesionales es el cáncer de origen profesional. En 2024, únicamente se reconocieron 106 casos de enfermedades profesionales derivadas de la exposición a agentes cancerígenos (0,4 %). De estos, 98 correspondieron a hombres y solo 8 a mujeres. Entre los casos notificados, 55 estuvieron asociados a la exposición al amianto

¹ Esta afirmación queda reflejada en las manifestaciones de diversos agentes sociales, entre ellos el sindicato Comisiones Obreras, en una noticia publicada en su página web el 16 de enero de 2025. https://www.ccoo.es/noticia:715610--El_registro_de_enfermedades_profesionales_en_Espana_ralenti-za_su_incremento_en_2024&opc_id=8c53f4de8f8f09d2e54f19daf8d8ed95

y 19 al polvo de sílice libre, agentes tradicionalmente vinculados a sectores masculinizados. Esta marcada disparidad responde a múltiples factores. Por un lado, la concentración de la exposición a agentes cancerígenos en industrias históricamente masculinizadas explica en parte esta diferencia. Sin embargo, resulta igualmente relevante la ausencia de una perspectiva de género en la investigación, el diagnóstico y la gestión de estas patologías. En este sentido, persiste una preocupante omisión en el listado oficial de enfermedades profesionales de cánceres como el de mama y el de ovario, a pesar de la existencia de evidencia científica que acredita su relación con determinadas exposiciones laborales. Esta exclusión contribuye a una doble invisibilización del cáncer de origen profesional en las mujeres: no solo se subestima su exposición a factores de riesgo, sino que también se desatiende la investigación de los efectos diferenciados que dichos riesgos generan en función del sexo. A ello se suma la tendencia a la baja en la declaración de enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos, lo que pone de manifiesto las dificultades estructurales existentes para su reconocimiento como contingencias profesionales. Esta infradeclaración resulta especialmente alarmante si se considera que el Marco Estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027 identifica el cáncer como la principal causa de mortalidad relacionada con el trabajo (Comisión Europea, 2021, p. 13). No obstante, la realidad del sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales en España evidencia una desconexión significativa respecto de las directrices europeas, lo que perpetúa una brecha de protección que afecta de manera desproporcionada a las trabajadoras, tanto en términos de prevención como de acceso a prestaciones derivadas de estas contingencias.

El análisis de las enfermedades profesionales con baja laboral por sectores económicos pone de manifiesto diferencias significativas en función del sexo de la persona trabajadora, reflejo de la persistente segregación horizontal del mercado de trabajo. En términos generales, el sector servicios concentra la mayoría de los partes comunicados, con un 56,5 % del total, seguido por la industria (32,7 %), la construcción (7,7 %) y, en menor medida, el sector agrario (3,1 %).

La desagregación de estos datos por sexo permite observar con claridad la división sexual del trabajo. En el caso de los hombres, los sectores con mayor incidencia de enfermedades profesionales con baja corresponden a la industria de la alimentación, la construcción especializada, la fabricación de productos metálicos (excepto maquinaria y equipo) y la fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques. Las 10 divisiones de actividad con mayor número de partes en varones se concentran en ámbitos industriales, como la metalurgia, la producción de bienes no metálicos, la construcción y determinadas ramas del comercio.

Por su parte, entre las mujeres trabajadoras, las enfermedades profesionales con baja se concentran en sectores altamente feminizados, como el comercio al por menor, los servicios a edificios y actividades de jardinería, la industria de la alimentación y los servicios de comidas y bebidas. Resultan especialmente relevantes las actividades vinculadas a los cui-

dados, como el trabajo en establecimientos residenciales y las actividades sanitarias, así como el empleo en la hostelería y la limpieza. El comercio constituye el único sector donde se observa una presencia significativa de ambos sexos.

Esta segmentación sectorial se reproduce en la distribución por ocupaciones. En el caso de los hombres, las tres ocupaciones con mayor número de partes comunicados están directamente relacionadas con la construcción y la industria: trabajadores en obras estructurales de construcción y afines, operarios en la industria de la madera, textil, confección, piel, cuero y calzado, así como soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas, herreros y elaboradores de herramientas. En contraste, las mujeres registran un mayor número de enfermedades profesionales en ocupaciones vinculadas a los servicios y los cuidados, destacando el personal de limpieza, las trabajadoras dedicadas a la atención de personas en servicios de salud y las dependientas en tiendas y almacenes.

Estos datos evidencian cómo la segregación sectorial y ocupacional incide de manera directa en la tipología de enfermedades profesionales notificadas, subrayando la necesidad de diseñar estrategias de prevención ajustadas a las realidades específicas de cada sector y ocupación. La identificación y gestión de los riesgos laborales debe incorporar esta dimensión para garantizar que las políticas de prevención y las medidas de seguridad sean eficaces, adaptadas a las condiciones concretas de cada colectivo y contribuyan a reducir las desigualdades de género en la salud laboral.

En 2023 se cerraron 8.295 procesos de enfermedad profesional, de los cuales el 55,97 % correspondió a casos con un solo parte de baja por incapacidad temporal, mientras que el 30,16 % experimentó al menos una recaída, el 8,37 % registró dos recaídas y el resto, tres o más. Sin embargo, la proporción de partes que concluyen con el reconocimiento de la contingencia como enfermedad profesional ha disminuido de forma significativa en la última década. En 2013, el 89,2 % de los partes comunicados se cerraban con dicho reconocimiento, porcentaje que descendió al 74,7 % en 2023. Paralelamente, ha aumentado el número de casos calificados como enfermedad común, pasando del 8,1 % en 2013 al 23,1 % en 2023, lo que refleja una creciente tendencia a derivar enfermedades de origen laboral hacia el sistema público de salud. Esta derivación supone un perjuicio doble: por un lado, para la persona trabajadora, que ve reducidas sus prestaciones económicas y asistenciales al no beneficiarse del régimen más favorable de la enfermedad profesional; por otro, para el propio Sistema Nacional de Salud, que asume costes que deberían ser sufragados por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Además, la incorrecta calificación de estas patologías como contingencias comunes tiene efectos colaterales en la prevención de riesgos laborales. Al no ser reconocidas como enfermedades profesionales, no se activan las medidas preventivas necesarias en los entornos de trabajo, perpetuando la exposición a los mismos factores de riesgo y favoreciendo la aparición de nuevos casos. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y garantizar que las enfermedades de origen laboral sean correctamen-

te identificadas y tratadas, tanto para proteger la salud de las personas trabajadoras como para evitar la sobrecarga del sistema sanitario público.

Otro aspecto relevante es la relación entre la edad de la persona trabajadora y la duración de los procesos de incapacidad temporal. En 2024, la edad media de las personas trabajadoras afectadas por una enfermedad profesional es de 46,51 años, siendo el tramo de mayor incidencia en los hombres el de 45 a 49 años, mientras que en las mujeres se sitúa entre los 50 y 54 años. En los últimos cinco años, aunque el número total de partes comunicados ha disminuido, se ha registrado un incremento del 4,4 % en el grupo de personas trabajadoras de 55 años o más, con un aumento del 13,6 % entre 2022 y 2023 en este colectivo. Este envejecimiento de la población activa plantea la necesidad de revisar las estrategias preventivas, incorporando la edad como un factor determinante en el diseño de políticas de seguridad y salud laboral.

Asimismo, la duración media de los procesos de baja por enfermedad profesional es mayor en mujeres (136,4 días) que en hombres (124,9 días). Esta diferencia puede explicarse, en parte, por la concentración de mujeres en sectores y ocupaciones que implican mayores exigencias físicas y riesgos específicos, como los cuidados, la limpieza, la hostelería y el comercio. En estos ámbitos, las enfermedades profesionales suelen estar asociadas a la realización de tareas que conllevan cargas físicas elevadas, movimientos repetitivos, posturas forzadas y una exposición continuada a riesgos psicosociales, lo que incrementa el tiempo de recuperación.

Los trastornos musculoesqueléticos, que constituyen la mayoría de las enfermedades profesionales en sectores feminizados, suelen requerir largos periodos de convalecencia y rehabilitación². Además, los riesgos psicosociales, más presentes en entornos laborales feminizados debido a la sobrecarga emocional, la doble jornada y la precariedad contractual, afectan negativamente a la capacidad de recuperación y dificultan la reincorporación laboral, prolongando la duración de las bajas (Ríos Velada, 2023).

La evolución de las enfermedades profesionales en España pone de manifiesto un incremento en la notificación de casos, aunque persisten deficiencias estructurales que dificultan su reconocimiento, especialmente en el caso de las mujeres. La segregación sectorial,

² El documento NTP 657, *Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales*, elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2018), analiza cómo los trastornos musculoesqueléticos afectan de forma diferenciada a las mujeres debido a factores laborales, biológicos y psicosociales. Se destaca que los trastornos musculoesqueléticos son una de las principales causas de absentismo y discapacidad laboral, especialmente en sectores feminizados como el cuidado, la limpieza o la hostelería, donde las condiciones ergonómicas deficientes, la repetición de movimientos y las posturas forzadas son habituales. Además, la exposición prolongada a estos riesgos, sumada a la carga del trabajo no remunerado en el hogar, agrava la duración y la gravedad de estas patologías, requiriendo en muchos casos largos periodos de convalecencia y rehabilitación.

la infradeclaración de determinados riesgos y la ausencia de una perspectiva de género en el listado de enfermedades profesionales continúan siendo barreras que requieren una intervención urgente.

En los últimos años, los profundos cambios económicos, sociales, demográficos, tecnológicos y medioambientales han transformado el tejido empresarial, las relaciones laborales y la organización del trabajo, generando nuevas condiciones y riesgos emergentes para la salud de las personas trabajadoras. La digitalización, la robotización y el uso creciente de la inteligencia artificial han incrementado la presión sobre el trabajo, ampliando las tareas a realizar y dificultando la desconexión, con un impacto creciente en la salud mental de la población activa. A pesar de la abundante evidencia científica sobre estos efectos, las patologías derivadas de los riesgos psicosociales siguen sin ser reconocidas en el cuadro de enfermedades profesionales (Grau Pineda, 2017; Contreras Hernández, 2020). Esta falta de actualización del sistema de reconocimiento impide una correcta evaluación de la exposición a estos riesgos, obstaculiza la vigilancia efectiva de la salud y dificulta la detección y notificación precoz de estos casos.

En este contexto, se hace imprescindible implementar nuevas estrategias que garanticen la calidad del sistema de identificación, notificación, diagnóstico y registro de enfermedades profesionales. Como se desarrollará a continuación, ello exige una revisión integral del actual listado de enfermedades profesionales para adaptarlo a las transformaciones del mercado de trabajo y a las nuevas condiciones laborales. Es urgente incorporar la perspectiva de género en la identificación de enfermedades profesionales, así como reconocer patologías actualmente invisibilizadas, como las asociadas a riesgos psicosociales y el cáncer de origen laboral. La evolución de los datos y los cambios en los perfiles de enfermedades notificadas reflejan la necesidad de una respuesta normativa más ágil y efectiva, que garantice el derecho a la protección de la salud en el trabajo y asegure una cobertura adecuada frente a los nuevos riesgos emergentes.

3. El marco jurídico de las enfermedades profesionales y sus limitaciones

El concepto de enfermedad profesional en el ordenamiento jurídico español tiene un origen eminentemente jurisprudencial, inicialmente vinculado a la noción de accidente de trabajo. No obstante, su posterior recepción normativa en el ámbito de la Seguridad Social supuso su consolidación como una categoría autónoma, con una evolución diferenciada tanto en el plano legislativo como en el jurisprudencial (González Ortega, 2017).

Desde el punto de vista de la doctrina más autorizada, mientras que la definición de accidente de trabajo se caracteriza por su flexibilidad interpretativa y su naturaleza casuística, la determinación de la enfermedad profesional se encuadra en un marco normativo más rí-

gido, aunque dotado de una mayor seguridad jurídica. Esta delimitación normativa, basada en criterios objetivos y en listados reglamentarios cerrados, contribuye a una menor conflictividad en su aplicación práctica, si bien puede generar importantes limitaciones en el reconocimiento de determinadas patologías (Desdentado Bonete, 1999).

Pese a esta delimitación más estricta, la jurisprudencia ha desempeñado un papel clave en la expansión del concepto de enfermedad profesional. En particular, ha permitido su aplicación a patologías que, aunque recogidas en el cuadro reglamentario, afectan a colectivos profesionales feminizados cuyas actividades no están expresamente contempladas en la norma. Esta interpretación judicial ha contribuido a corregir, en parte, las insuficiencias del marco normativo vigente, especialmente en lo que respecta al reconocimiento de enfermedades derivadas de trabajos desempeñados mayoritariamente por mujeres, visibilizando así la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la calificación de las contingencias profesionales.

En la actualidad, el artículo 157 de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS) establece que:

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída 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.

De forma análoga, este precepto se recoge en los artículos 316.2 de la LGSS y 26.1 del Estatuto del Trabajo Autónomo, que extienden el reconocimiento de la enfermedad profesional a las personas trabajadoras por cuenta propia, siempre que concurren las condiciones previstas en la normativa de desarrollo.

De este precepto se desprende que la enfermedad profesional constituye una contingencia estrictamente vinculada a la actividad laboral de la persona trabajadora, cuya delimitación jurídica la distingue tanto de las enfermedades comunes, de origen extralaboral, como de aquellas patologías derivadas del trabajo que, al no estar tipificadas en el cuadro de enfermedades profesionales, son calificadas como accidentes de trabajo. No obstante, dentro del ámbito de las propias contingencias profesionales se observan diferencias significativas en términos de protección, especialmente desde la óptica de la prevención de riesgos laborales³.

³ La prevención de riesgos laborales desempeña un papel fundamental en la protección frente a las enfermedades profesionales, configurándose como un pilar esencial en la gestión de la salud laboral. Su impacto normativo no solo refuerza la tutela de la persona trabajadora, sino que también impone a la parte empleadora un conjunto de obligaciones de gran relevancia, cuyo incumplimiento puede derivar

Uno de los aspectos jurídicos más relevantes en el régimen de las enfermedades profesionales es la presunción *iuris et de iure* de su origen laboral, una característica que no se extiende a los accidentes de trabajo⁴. Tal y como ha subrayado el TS⁵, esta presunción, que no admite prueba en contrario, opera siempre que concurren cumulativamente tres requisitos fundamentales: que la enfermedad se haya contraído a consecuencia del trabajo desempeñado por cuenta ajena; que la actividad desempeñada esté comprendida en las recogidas en la normativa aplicable; y que la patología esté provocada por la exposición a los agentes o sustancias específicamente identificados en el cuadro de enfermedades profesionales.

Para la determinación de estos requisitos, resulta esencial la aplicación del RD 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 los criterios para su notificación y registro (Igartua Miró, 2007; López Gandía y Agudo Díaz, 2007). En este marco normativo, adquieren especial relevancia los anexos I y II del citado real decreto: el anexo I contiene el listado de enfermedades reconocidas como profesionales, vinculadas a agentes específicos y a determinadas actividades laborales, mientras que el anexo II recoge aquellas patologías cuya posible naturaleza profesional se sospecha y que podrían ser objeto de inclusión futura en el cuadro tras una evaluación científica y técnica (Luján Alcaraz, 2021)⁶. Estos ane-

en responsabilidades administrativas, civiles e incluso penales. Desde una perspectiva jurídico-laboral, esta dimensión preventiva marca la principal diferencia entre las enfermedades profesionales y el accidente de trabajo dentro del sistema de protección de las contingencias profesionales. Mientras que el accidente de trabajo suele producirse de manera súbita e inesperada, la enfermedad profesional es, en la mayoría de los casos, el resultado de una exposición prolongada a determinados agentes de riesgo en el entorno laboral. Esta especificidad exige una estrategia de prevención más estructurada y proactiva, que permita minimizar la incidencia de patologías derivadas del ejercicio profesional y garantizar un entorno de trabajo seguro conforme a la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales.

⁴ El accidente de trabajo se define en el artículo 156 de la LGSS como «toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena». Esta definición establece un vínculo directo entre la lesión y la actividad laboral, aunque su determinación puede presentar dificultades probatorias en determinados supuestos. A este respecto, el propio artículo 156.3 de la LGSS contempla una serie de presunciones *iuris tantum* que facilitan la acreditación de la laboralidad del accidente, como aquellas referidas a las lesiones sufridas en tiempo y lugar de trabajo. Sin embargo, a diferencia de la presunción *iuris et de iure* que rige en el caso de la enfermedad profesional, estas presunciones en materia de accidente de trabajo admiten prueba en contrario, permitiendo que la parte empleadora o la entidad gestora acrediten la inexistencia de nexo causal entre la lesión y el desempeño laboral. No obstante, pese a su alcance más limitado, la presunción de laboralidad en el accidente de trabajo adquiere una importancia fundamental, ya que permite atenuar la dificultad probatoria inherente a la acreditación de la relación causal entre el siniestro y la actividad profesional. Su operatividad resulta, por tanto, clave para garantizar la protección de la persona trabajadora y evitar que la carga probatoria se convierta en un obstáculo insalvable para el reconocimiento de la contingencia.

⁵ Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 13 de noviembre de 2006 (rec. 2539/2005).

⁶ El cuadro español de enfermedades profesionales sigue la estructura de la lista europea de enfermedades profesionales, recogida en la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003. Ambas presentan una organización similar, aunque la normativa española añade un grupo sobre

xos clasifican las enfermedades en función de los agentes causantes⁷, y establecen una correspondencia directa con las principales actividades económicas susceptibles de generar dichas patologías.

Por tanto, nuestro modelo de determinación de enfermedades profesionales se articula sobre un sistema de lista, que ofrece ventajas significativas frente a modelos más abiertos o dependientes de la valoración judicial⁸. Entre sus principales beneficios destacan la seguridad jurídica y la exoneración de la carga probatoria del nexo causal para la persona trabajadora⁹, elementos fundamentales en el ámbito de la protección social. La relevancia práctica de este enfoque radica en la complejidad inherente a la acreditación del origen laboral de una enfermedad, debido a la posible influencia de factores subjetivos, como la variabilidad biológica individual, y objetivos, como la concurrencia de agentes laborales y extralaborales con efectos acumulativos o sinérgicos. Estas circunstancias dificultan la prueba del vínculo causal entre la patología y la actividad profesional, por lo que el sistema de lista, al predeterminar qué enfermedades tienen un origen laboral, reduce la incertidumbre y refuerza la tutela de las personas trabajadoras afectadas (Rodríguez-Piñero Royo, 1995, p. 22; Sempere Navarro, 2001, p. 77).

Sin embargo, pese a las garantías que proporciona en términos de seguridad jurídica, este modelo presenta deficiencias que limitan su capacidad para ofrecer una protección efectiva y adaptada a la realidad del mundo laboral. Entre sus principales limitaciones se

enfermedades sistémicas e incorpora en su anexo 1 agentes que en la lista europea aún figuran en el anexo 2 como sospechosos, como los éteres y sus derivados o el talio y sus compuestos. Sin embargo, persiste una diferencia fundamental: mientras la lista europea y la de la Organización Internacional del Trabajo tienen un enfoque preventivo, el cuadro español mantiene su tradicional vinculación entre enfermedad, agente y actividad, priorizando su función como mecanismo de reconocimiento y reparación dentro del sistema de Seguridad Social.

⁷ En concreto, contamos con seis grupos. Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos; Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos; Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos; Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados; Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados; Grupo 6: enfermedades causadas por agentes carcinogénicos.

⁸ Parte de la doctrina aboga por un posible replanteamiento hacia un sistema abierto o mixto (Poquet Catalá, 2020).

⁹ Sin embargo, conforme a la STS de 20 de diciembre de 2007 (rec. 2579/2006), esta presunción no se extiende a las enfermedades incluidas en el anexo 2 del reglamento correspondiente, que recoge una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha. Sobre este punto, la doctrina ha sostenido la necesidad de atenuar la carga probatoria para su reconocimiento como enfermedad de trabajo constitutiva de accidente laboral, conforme al artículo 156.1 e) de la LGSS. Se argumenta que su inclusión en la lista de sospecha constituye, al menos, un indicio o, incluso, una presunción *iuris tantum* de la vinculación laboral de la patología, lo que facilitaría su calificación dentro del sistema de protección de las contingencias profesionales (Fernández Collados, 2010, p. 306).

encuentran su obsolescencia y falta de actualización (Igartua Miró, 2023, p. 15). La transformación del mercado de trabajo, los cambios en los procesos productivos y la introducción de nuevas sustancias y tecnologías, así como la reorganización de las condiciones laborales, han propiciado la aparición de patologías de origen profesional que no están contempladas en el listado vigente (Ferrando García, 2024, p. 6). Esta desactualización normativa no solo restringe el acceso a las prestaciones de la Seguridad Social para quienes padecen dichas enfermedades, sino que también traslada de forma indebida los costes de estas contingencias al Sistema Nacional de Salud, que asume la cobertura de patologías que deberían ser gestionadas por el sistema de protección de riesgos profesionales.

El problema estructural radica, por tanto, en la rigidez del sistema de lista, que dificulta su adaptación a los avances científicos y a las nuevas realidades del entorno laboral, impidiendo la incorporación de patologías emergentes reconocidas por la evidencia científica (Blasco Lahoz, 2008, p. 4). De hecho, desde la entrada en vigor del RD 1299/2006, el cuadro de enfermedades profesionales solo ha sido modificado en dos ocasiones, y ambas actualizaciones fueron consecuencia de exigencias externas, ya sea por mandatos judiciales o por la necesidad de transponer directivas comunitarias (Lousada Arochena, 2021, p. 16). En 2015¹⁰, se incorporó el cáncer de laringe por exposición al amianto, y en 2018¹¹ se reconoció como enfermedad profesional el cáncer de pulmón derivado de la exposición al polvo de sílice libre, tras la modificación de la Directiva 2004/37/CE.

Otro de los problemas estructurales del actual sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales es la ausencia de una perspectiva de género en la configuración del listado contenido en el anexo I del RD 1299/2006. La normativa vigente adolece de un sesgo androcéntrico, al estar históricamente diseñada en función de actividades vinculadas a sectores industriales tradicionalmente masculinizados¹². Esta orientación ha provocado la exclusión de patologías asociadas a actividades altamente feminizadas, como el trabajo en el ámbito de los cuidados, la limpieza o la atención domiciliaria, a pesar de la carga física y los riesgos ergonómicos que implican estas ocupaciones.

¹⁰ RD 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica el RD 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.

¹¹ RD 257/2018, de 4 de mayo, por el que se modifica el RD 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.

¹² Así lo expresan los magistrados en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (STSJ) de Galicia 5780/2016, de 14 de octubre, al constatar que la referencia exclusiva a profesiones tradicionalmente masculinizadas en la normativa evidencia de forma inequívoca que el derecho de la Seguridad Social, configurado en el contexto de la sociedad industrial, se ha estructurado en torno al modelo del trabajador varón.

Esta omisión normativa se materializa, entre otros aspectos, en la escasa representación de profesiones feminizadas dentro del listado de actividades susceptibles de generar enfermedades profesionales. Un ejemplo ilustrativo de esta falta de sensibilidad de género se encuentra en el hecho de que solo dos de las profesiones mencionadas de manera expresa en el cuadro de enfermedades profesionales —«camareros» y «cocineros»— son desempeñadas mayoritariamente por mujeres, y aun así aparecen denominadas en masculino, lo que evidencia la persistencia de un enfoque normativo que invisibiliza la realidad laboral de las trabajadoras (Ferrando García, 2024, p. 6).

La invisibilización de los riesgos específicos a los que se enfrentan las trabajadoras constituye un reflejo del diseño androcéntrico del derecho del trabajo y de la Seguridad Social, lo que se traduce en una deficiente protección social para este colectivo. La normativa vigente no contempla de manera adecuada los riesgos ergonómicos y musculoesqueléticos propios de sectores altamente feminizados ni incorpora de forma sistemática el impacto de condiciones laborales precarizadas, como la parcialidad, la temporalidad o la segregación ocupacional, tanto vertical como horizontal, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres. Esta omisión perpetúa la brecha de género en el acceso a derechos vinculados a la salud laboral y a la protección frente a contingencias profesionales.

Asimismo, la normativa actual no tiene en cuenta las diferencias biológicas y antropométricas que pueden intensificar los efectos de ciertos riesgos laborales en la salud de las mujeres, incluso en condiciones ergonómicas aparentemente equivalentes. Un ejemplo paradigmático de esta falta de perspectiva de género es la exclusión del cáncer de mama y de ovario del cuadro de enfermedades profesionales, a pesar de la existencia de evidencia científica que acredita su vinculación con la exposición a determinados agentes y entornos laborales.

A esta invisibilización normativa se suma el impacto del rol de cuidados que siguen asumiendo mayoritariamente las mujeres, lo que agrava su vulnerabilidad frente a determinadas patologías laborales. El fenómeno de la doble jornada, derivado de la combinación del trabajo remunerado con las responsabilidades domésticas y de cuidados no remunerados, genera una sobrecarga física y mental que incrementa la incidencia de trastornos musculoesqueléticos en la población femenina. No obstante, la pluricausalidad de estas dolencias dificulta su reconocimiento como enfermedades profesionales, reforzando así la situación de desprotección en la que se encuentran muchas trabajadoras.

Otro aspecto crítico es la escasa atención que el marco normativo presta a las enfermedades derivadas de riesgos psicosociales, cuya incidencia es significativamente mayor en las mujeres debido a factores como la carga mental asociada a la doble jornada y su elevada representación en sectores caracterizados por una intensa exposición a dichos riesgos, como la sanidad, la educación y el trabajo de cuidados. Además, riesgos laborales con un marcado componente de género, como el acoso sexual o el acoso por razón de sexo en el ámbito laboral, no han sido reconocidos dentro del sistema de enfermedades profesionales, lo que limita gravemente la protección jurídica de las trabajadoras expuestas a estas formas de violencia.

Estas deficiencias han sido objeto de reiteradas observaciones en las estrategias europeas de seguridad y salud en el trabajo de las últimas décadas, que insisten en la necesidad de integrar de forma efectiva la perspectiva de género en las políticas de prevención de riesgos laborales.

Un primer avance hacia la necesaria reforma del sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales se encuentra en la disposición adicional cuarta del Real Decreto-Ley 16/2022¹³, que prevé la creación de una comisión específica destinada a integrar de manera efectiva la perspectiva de género en el listado de enfermedades profesionales. No obstante, hasta la fecha, esta previsión normativa no se ha traducido en modificaciones sustantivas en el marco regulador vigente, perpetuándose así la situación de infraprotección que afecta de forma particular a las trabajadoras expuestas a riesgos laborales propios de sectores altamente feminizados.

En ausencia de una reforma estructural del actual sistema, las enfermedades contraídas en sectores feminizados que no se encuentren incluidas en el listado continuarán siendo tratadas como enfermedades comunes o, en el mejor de los casos, como enfermedades del trabajo asimiladas a accidentes de trabajo conforme a lo dispuesto en el artículo 156.2 f) de la LGSS. Esta calificación restrictiva obliga a las trabajadoras afectadas a recurrir a la vía judicial para obtener el reconocimiento del origen profesional de su dolencia. Dado que las enfermedades no incluidas en el cuadro del anexo I del RD 1299/2006, o asociadas a actividades distintas de las expresamente recogidas, no gozan de la presunción *iuris et de iure* de origen profesional establecida en el artículo 157 de la LGSS, la carga de la prueba recae sobre la trabajadora, quien debe demostrar dicha relación causal mediante la analogía funcional de las tareas desempeñadas con aquellas contempladas en el listado oficial o, en su caso, apelando a una interpretación del marco normativo que incorpore de forma explícita la perspectiva de género.

Ante estas limitaciones del marco jurídico vigente, la doctrina jurisprudencial ha desempeñado un papel fundamental en la corrección de las deficiencias normativas, especialmente en lo que respecta al reconocimiento de la profesionalidad de enfermedades que afectan a colectivos feminizados. El TS ha desarrollado una línea interpretativa que, en determinados supuestos, ha permitido identificar profesiones no contempladas de forma expresa en el RD 1299/2006, pero que, en atención a la naturaleza de sus condiciones laborales y a la exposición a factores de riesgo específicos, deben recibir el mismo tratamiento que aquellas incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales.

Esta evolución jurisprudencial ha facilitado la integración progresiva de un número significativo de actividades feminizadas en el ámbito de la protección de la Seguridad Social, corrigiendo, al menos parcialmente, la exclusión normativa de sectores históricamente des-

¹³ Real Decreto-Ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar.

protegidos frente a la presunción legal de laboralidad. Como se analizará a continuación, esta contribución de la jurisprudencia no solo ha permitido el reconocimiento de la contingencia profesional en ocupaciones tradicionalmente invisibilizadas, sino que también ha tenido un impacto positivo en la reducción de la brecha prestacional de género, garantizando un acceso más equitativo a las prestaciones derivadas de enfermedades profesionales para las trabajadoras afectadas.

4. El papel de la jurisprudencia en la calificación de enfermedades profesionales: una mirada desde la perspectiva de género

En este contexto de déficit normativo y a la espera de una reforma legislativa que garantice un reconocimiento más justo y equitativo de las enfermedades profesionales, los tribunales han asumido un papel crucial en la corrección de las carencias del sistema. Aunque el poder legislativo ha realizado esfuerzos recientes para reducir las brechas de género en la protección social, estos avances han sido en gran medida reactivos y han llegado a remolque de los pronunciamientos judiciales (Rodríguez González, 2021; Blasco Jover, 2022; Cavas Martínez, 2022; Rodríguez Hernández, 2023). La vía judicial, si bien ha permitido obtener resultados positivos en casos concretos, se revela insuficiente para abordar de forma integral las causas estructurales que perpetúan la discriminación en el reconocimiento de las enfermedades profesionales.

Uno de los principales obstáculos radica en el carácter restrictivo del listado de enfermedades profesionales establecido en el RD 1299/2006. Este sistema, de naturaleza eminentemente cerrada, exige una correspondencia directa entre la patología, el agente causante y la actividad profesional desempeñada, lo que ha sido utilizado por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para denegar la calificación de determinadas dolencias como enfermedades profesionales. Esta interpretación restrictiva genera un desplazamiento de la carga probatoria hacia la persona trabajadora, quien se ve obligada a demostrar el nexo causal entre la enfermedad y la actividad laboral, en un contexto de asimetría de recursos frente a las entidades gestoras.

Esta práctica afecta de manera particular a trabajadoras de sectores altamente feminizados, como la limpieza, la ayuda a domicilio, el comercio o los cuidados, donde los riesgos laborales específicos no se encuentran debidamente reflejados en el cuadro de enfermedades profesionales¹⁴. La falta de reconocimiento de estas patologías no solo perpetúa la invi-

¹⁴ Sobre la problemática del reconocimiento de enfermedades profesionales en sectores altamente feminizados, con especial atención a las dolencias que afectan a las camareras de piso, véase el informe del Instituto de las Mujeres y de la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (Martínez Moreno *et al.*, 2023).

sibilización de los riesgos asociados a estas actividades, sino que también amplía la brecha prestacional de género, dado que las enfermedades comunes generan prestaciones económicas y condiciones de acceso menos favorables que las derivadas de contingencias profesionales, impactando de manera desproporcionada en la protección social de las mujeres.

En este escenario, muchas trabajadoras se han visto forzadas a agotar la vía judicial para obtener el reconocimiento del carácter profesional de su enfermedad. La resistencia sistemática de las entidades gestoras a calificar estas dolencias como contingencias profesionales, unida a la falta de una perspectiva de género en algunos órganos judiciales de instancia o suplicación, ha consolidado al TS como la última instancia decisoria para la corrección de estas deficiencias normativas y la garantía del principio de igualdad en el acceso a la protección social.

Sobre esta base, se procede a continuación a realizar un análisis de la jurisprudencia más relevante dictada en los últimos años en materia de enfermedades profesionales. El estudio de estas resoluciones judiciales permitirá identificar los criterios interpretativos aplicados por los tribunales para corregir las lagunas normativas, así como evaluar en qué medida la doctrina jurisprudencial ha contribuido a visibilizar y reconocer patologías que afectan de forma predominante a trabajadoras de sectores feminizados. A efectos de sistematización, la jurisprudencia se agrupa en dos grandes bloques de patologías: en primer lugar, el análisis de la enfermedad del síndrome del túnel carpiano, y, en segundo lugar, las enfermedades que afectan a hombros y codos.

4.1. El síndrome del túnel carpiano y su reconocimiento como enfermedad profesional en profesiones feminizadas

El recorrido por la jurisprudencia de mayor relevancia en esta materia comienza hace una década, con la STS 5221/2014, de 5 de noviembre. La sentencia resuelve un recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por una trabajadora, empleada como limpiadora, que solicitaba que su incapacidad temporal derivada de un síndrome de túnel carpiano bilateral fuera reconocida como enfermedad profesional. Tanto el INSS como la mutua correspondiente habían calificado la dolencia como una contingencia común, lo que motivó la demanda de la trabajadora. El TS revoca la sentencia del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) del País Vasco, que había confirmado la calificación de contingencia común.

El tribunal sostiene que la dolencia debe ser reconocida como enfermedad profesional sobre la base de los siguientes argumentos. En primer lugar, el síndrome del túnel carpiano está incluido en el cuadro de enfermedades profesionales (anexo I del RD 1299/2006, Grupo 2F0201), lo que activa una presunción *iuris et de iure* que exime a la trabajadora de probar el nexo causal entre la enfermedad y su actividad laboral. En segundo lugar, aunque la profesión de limpiadora no aparece explícitamente en el listado de actividades vinculadas al síndrome del túnel carpiano, el tribunal aclara que la mención de actividades en el RD 1299/2006 es de carácter ejemplificativo, no cerrado. Por lo tanto, otras profesiones que

impliquen tareas con riesgos similares pueden acogerse a la presunción legal. Así las cosas, el tribunal considera que las tareas habituales de la trabajadora (fregado, barrido, mopeado, limpieza de cristales, etc.) implican movimientos repetitivos de flexión y extensión de la muñeca, así como posturas forzadas que son suficientes para causar el síndrome del túnel carpiano. Se da relevancia al manual de prevención de riesgos laborales de la empresa, que documenta los riesgos ergonómicos y musculoesqueléticos inherentes a las tareas de limpieza, incluyendo la manipulación repetitiva de cargas y posturas forzadas.

Tras varios años desde esta primera sentencia, el TS vuelve a pronunciarse sobre la calificación del síndrome del túnel carpiano como enfermedad profesional en su STS 112/2020, de 11 de febrero. En este caso, la trabajadora afectada desempeñaba sus funciones como camarera de pisos y había visto cómo tanto el INSS como la mutua correspondiente calificaban su dolencia como una contingencia común, negando su vinculación con la actividad profesional. La trabajadora interpuso recurso de casación para la unificación de doctrina ante el TS, alegando como sentencia de contraste la STS 5221/2014, de 5 de noviembre, que ya había reconocido el síndrome del túnel carpiano como enfermedad profesional en el caso de una limpiadora. En ambos supuestos se plantea una problemática similar: la dolencia está incluida en el anexo I del RD 1299/2006, pero las profesiones de las trabajadoras no aparecen de forma expresa en dicho listado.

El TS, manteniendo una línea argumentativa coherente con su doctrina anterior, concluye que la patología debe ser reconocida como enfermedad profesional. El razonamiento jurídico se basa en la interpretación de la normativa aplicable, destacando que la ausencia expresa de una profesión en el anexo I del RD 1299/2006 no impide el reconocimiento de la enfermedad profesional si las tareas desempeñadas conllevan riesgos equivalentes a los descritos en la norma.

El tribunal detalla que las funciones habituales de una camarera de pisos, como la limpieza de habitaciones, baños y pasillos, así como tareas de lencería y lavandería, implican la realización de movimientos repetitivos de flexión y extensión de la muñeca, forzados, continuados o sostenidos, mediante el uso de escobas, fregonas, mopas, bayetas y cepillos. Estas condiciones generan una sobrecarga de la muñeca con la intensidad y repetitividad necesarias para provocar el desarrollo del síndrome del túnel carpiano.

Un aspecto relevante de esta sentencia es la valoración de la dimensión preventiva. El tribunal hace referencia a las «Directrices para la Decisión Clínica en Enfermedades Profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos», en las que se identifican factores de riesgo específicos asociados a las tareas propias de las camareras de pisos. Esta consideración refuerza el vínculo entre la actividad profesional y la patología, confirmando que dichas labores pueden generar el síndrome del túnel carpiano.

Una vez probada la existencia de estos factores de riesgo, el tribunal aplica la presunción *iuris et de iure* de enfermedad profesional establecida en el artículo 157 de la LGSS,

lo que exige a la trabajadora de tener que demostrar el nexo causal entre la dolencia y su actividad laboral. En consecuencia, se reconoce el carácter profesional de la enfermedad sin necesidad de mayores debates probatorios.

Tras los pronunciamientos analizados, el TS ha continuado consolidando su doctrina en torno al reconocimiento del síndrome del túnel carpiano como enfermedad profesional, especialmente en profesiones feminizadas que tradicionalmente han sido invisibilizadas en la normativa de seguridad y salud laboral. En este sentido, resultan particularmente relevantes las sentencias STS 624/2022, de 6 de julio y STS 639/2022, de 8 de julio, que abordan esta misma patología en el contexto de la actividad de auxiliares de ayuda a domicilio, evidenciando la persistencia de los desafíos interpretativos y la necesidad de una aplicación flexible del marco normativo.

En la primera de ellas (STS 624/2022, de 6 de julio), el TS revoca el criterio del TSJ del País Vasco, que había considerado la patología como una contingencia común. El Alto Tribunal fundamenta su decisión en la existencia de un conjunto de tareas inherentes a la profesión de auxiliar de ayuda a domicilio que requieren movimientos repetitivos de muñecas y dedos, así como esfuerzos físicos sostenidos, factores determinantes en la etiología del síndrome del túnel carpiano. Destacan las magistradas y los magistrados que el hecho de que algunas de las funciones de la trabajadora no conlleven tales movimientos no desvirtúa la existencia de un núcleo sustancial de su actividad que sí implica sobrecarga y repetición. Además, el tribunal recurre a los estudios de evaluación de riesgos y a las descripciones convencionales de la profesión para corroborar la relación causal entre la actividad desempeñada y la patología diagnosticada.

La STS 639/2022, de 8 de julio, por su parte, refuerza la doctrina expuesta en la anterior sentencia, reiterando que la enumeración de actividades recogida en el RD 1299/2006 no constituye un *numerus clausus*, sino que debe interpretarse con flexibilidad para incluir profesiones que, si bien no están explícitamente listadas, presentan exigencias biomecánicas similares a aquellas que sí aparecen en el texto normativo. En este caso, la trabajadora había obtenido inicialmente el reconocimiento de la enfermedad profesional por parte del INSS, pero el TSJ del País Vasco revocó dicha calificación, considerándola una enfermedad común. El TS rectifica esta decisión y enfatiza que la clave del reconocimiento radica en la naturaleza de las tareas realizadas, las cuales, en el caso de las auxiliares de ayuda a domicilio, requieren el manejo continuo de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos, factores de riesgo reconocidos para el desarrollo del síndrome del túnel carpiano.

4.2. Enfermedades musculoesqueléticas y su reconocimiento como enfermedades profesionales en profesiones feminizadas

Si bien el síndrome del túnel carpiano ha sido objeto de un análisis jurisprudencial amplio y sostenido en el tiempo, no constituye la única patología sometida a la consideración del TS en los últimos años. En efecto, otras dolencias, especialmente aquellas que afectan

a los hombros y codos, han adquirido protagonismo en la doctrina reciente, debido a su vinculación directa con actividades laborales que exigen sobreesfuerzos físicos, posturas forzadas y movimientos repetitivos.

Resulta significativo que muchas de estas patologías se presenten con mayor frecuencia en profesiones altamente feminizadas, donde las condiciones de trabajo específicas incrementan la exposición a riesgos musculoesqueléticos. En este contexto, la jurisprudencia del TS ha tenido ocasión de pronunciarse sobre casos que afectan a peluqueras, gerocultoras, estibadoras portuarias y limpiadoras, configurando un cuerpo doctrinal relevante en la interpretación del concepto de enfermedad profesional.

A continuación, se analizan diversas sentencias que abordan estas patologías, destacando cómo la Sala IV ha ido consolidando criterios que permiten una interpretación más flexible del listado de enfermedades profesionales y, en algunos casos, corrigiendo la ausencia de una perspectiva de género en el reconocimiento de enfermedades derivadas del trabajo en sectores feminizados.

La primera sentencia de interés es la STS de 18 de mayo de 2015 (rec. 1643/2014). El TS aborda un caso particularmente relevante por tratarse de una trabajadora autónoma, peluquera de profesión, que solicitó el reconocimiento de su incapacidad permanente total derivada de un síndrome subacromial derecho como enfermedad profesional o, subsidiariamente, como accidente de trabajo. Tanto la resolución administrativa del INSS como las sentencias de instancia y del TSJ de Castilla-La Mancha desestimaron su pretensión, calificando la contingencia como enfermedad común. El argumento central de estas decisiones radicaba en que la profesión de peluquera no se encuentra incluida de forma expresa en el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006.

Sin embargo, el TS revoca dichas resoluciones, destacando que la protección frente a contingencias profesionales en el régimen especial de las personas trabajadoras por cuenta propia debe interpretarse de forma análoga a la prevista en el régimen general, dado que el RD 1273/2003 remite expresamente al marco normativo aplicable a las personas empleadas por cuenta ajena. La sala reafirma su doctrina sobre el carácter meramente enunciativo, y no taxativo, del listado de profesiones contenidas en el RD 1299/2006, lo que permite reconocer el carácter profesional de enfermedades no vinculadas de forma expresa a determinadas actividades si se demuestra la existencia de un nexo causal entre la patología y el trabajo desempeñado.

En este sentido, el tribunal analiza las funciones inherentes a la actividad de peluquería, tomando como referencia el convenio colectivo del sector para establecer una analogía aplicable a quienes trabajan por cuenta propia. Considera que las tareas propias de la profesión, que implican movimientos repetitivos y posturas forzadas con los brazos en posición elevada, son susceptibles de generar el síndrome subacromial padecido por la demandante. Se refiere, además, a las directrices clínicas en materia de enfermedades profesionales, que reconocen estas condiciones como factores de riesgo relevantes.

La sentencia destaca la presunción *iuris et de iure* de profesionalidad en aquellas patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, lo que implica que, una vez acreditada la existencia del riesgo inherente a la actividad desempeñada, no se requiere una prueba adicional del nexo causal por parte de la persona empleada. Con base en estos argumentos, el TS estima el recurso de casación para la unificación de doctrina, declarando que la incapacidad permanente total de la trabajadora deriva de una enfermedad profesional y no de una contingencia común.

En la STS 777/2019, de 13 de noviembre, el Tribunal Supremo se pronuncia sobre la calificación de la epicondilitis padecida por una gerocultora como enfermedad profesional. La trabajadora prestaba servicios en una residencia de mayores, donde desarrollaba tareas de movilización de personas dependientes, lo que le provocó dolor lumbar y en el codo, siendo finalmente diagnosticada de epicondilitis. Inicialmente, tanto la mutua colaboradora como el INSS calificaron la contingencia como enfermedad común, criterio que fue revertido por el TSJ del País Vasco, que reconoció su origen profesional. La mutua recurrió en casación para la unificación de doctrina, sosteniendo que la profesión de gerocultora no está expresamente recogida en el anexo I del RD 1299/2006 y que las tareas desempeñadas no cumplían con los requisitos de repetición y sobreesfuerzo necesarios para atribuir la patología a causas profesionales.

El TS desestima el recurso, confirmando la sentencia del TSJ del País Vasco y consolidando su doctrina sobre la interpretación del concepto de enfermedad profesional. En primer lugar, recuerda que el listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006 no tiene un carácter cerrado (*numerus clausus*), por lo que la ausencia expresa de una determinada profesión no excluye automáticamente la posibilidad de reconocimiento de una enfermedad profesional. Lo relevante es que exista una relación directa entre la patología sufrida y la actividad desempeñada, con independencia de que esta última esté específicamente enumerada en la norma.

La Sala IV fundamenta su decisión en la evidencia de que las tareas propias de la gerocultora implican esfuerzos físicos intensos y repetitivos que afectan directamente a los tendones y estructuras musculoesqueléticas de los brazos. Se hace especial referencia a la *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas* (INSST, 2024), que detalla cómo la movilización de personas mayores conlleva posturas forzadas y sobrecargas repetidas en las extremidades superiores. Dichas actividades generan un riesgo significativo de desarrollar lesiones como la epicondilitis, lo que justifica su calificación como enfermedad profesional.

Un aspecto relevante de la sentencia es el énfasis en la perspectiva funcional del análisis del riesgo, superando una interpretación meramente formalista del cuadro de enfermedades profesionales. El TS subraya que, aunque la profesión de gerocultora no figure de manera expresa en el anexo I, las condiciones de trabajo y la naturaleza de las tareas realizadas cumplen con los criterios técnicos para considerar la patología como derivada del ejercicio de la actividad laboral.

En la STS 215/2020, de 10 de marzo, la Sala IV del TS se pronuncia sobre la calificación de la contingencia padecida por una estibadora portuaria, diagnosticada de tendinitis calcificante de hombro izquierdo y tendinopatía del manguito rotador, determinando finalmente su reconocimiento como enfermedad profesional. El litigio tiene su origen en la negativa del INSS y de la mutua colaboradora a considerar la patología como de origen profesional, calificándola inicialmente como enfermedad común. Esta postura fue confirmada en primera instancia por el Juzgado de lo Social n.º 5 de A Coruña y posteriormente por el TSJ de Galicia.

Como viene siendo habitual, el argumento central de la denegación residía en que la profesión de estibadora no está expresamente incluida en el anexo I del RD 1299/2006 como una actividad generadora de dicha enfermedad, sumado a la consideración de que la trabajadora realizaba sus funciones con apoyo de medios mecánicos, lo que, según la entidad gestora, minimizaba los riesgos de movimientos repetitivos continuados, considerados necesarios para la aparición de la dolencia.

Sin embargo, el TS, siguiendo su consolidada doctrina sobre la interpretación del listado de enfermedades profesionales, recalca que este no tiene carácter cerrado y que lo relevante para la calificación de una enfermedad como profesional no es la profesión en sí misma, sino la existencia de una relación causal entre la patología y la actividad desarrollada. En este sentido, la Sala IV subraya que, aunque la estibadora pudiera contar con medios mecánicos para la realización de sus tareas, su actividad implica de forma ordinaria y habitual la manipulación manual de cargas, con esfuerzos continuados que afectan directamente a los miembros superiores, especialmente en posturas forzadas que contribuyen a la aparición de la tendinitis diagnosticada.

El Alto Tribunal destaca que no se requiere que los movimientos sean constantes durante toda la jornada laboral, sino que basta con que sean repetitivos y frecuentes en el desempeño de la actividad, siendo esta la interpretación que mejor se ajusta al espíritu del artículo 116 de la LGSS y al anexo I del RD 1299/2006. Asimismo, se apoya en la presunción *iuris et de iure* de laboralidad que ampara las enfermedades listadas, eximiendo a la trabajadora de la carga probatoria del nexo causal, una vez acreditada la correspondencia entre la actividad desarrollada y la patología sufrida.

4.3. La perspectiva de género en la calificación de enfermedades profesionales: un avance hacia la protección social y salud laboral de las mujeres

La STS 747/2022, de 20 de septiembre, constituye un pronunciamiento de especial relevancia en el ámbito del reconocimiento de enfermedades profesionales, no solo por el contenido del fallo, sino, fundamentalmente, por la incorporación explícita de la perspectiva de género como criterio interpretativo para corregir las deficiencias del marco normativo vi-

gente (Arias Domínguez, 2022)¹⁵. Se trata de un caso en el que una trabajadora, limpiadora de profesión, sufre una rotura del manguito rotador del hombro izquierdo, cuya calificación como enfermedad profesional había sido denegada en las instancias previas, bajo el argumento de que las tareas propias de su actividad no implicaban, de forma habitual, la realización de movimientos de abducción o flexión con los brazos por encima de la horizontal ni esfuerzos que tensionaran los tendones y la bolsa subacromial, condiciones tradicionalmente vinculadas a profesiones masculinizadas como la pintura o la albañilería.

El TS, en un giro significativo respecto a los pronunciamientos anteriores, estima el recurso de la trabajadora y reconoce la contingencia como enfermedad profesional, asentando su decisión sobre varios ejes argumentativos de gran calado jurídico. En primer lugar, reitera la doctrina consolidada sobre el carácter no exhaustivo del listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, insistiendo en que la ausencia de una profesión en el anexo I no puede ser un obstáculo insalvable para el reconocimiento de la relación causal entre la actividad laboral y la patología sufrida. Lo determinante, señala el Alto Tribunal, es la naturaleza de las tareas desempeñadas y la existencia de factores de riesgo inherentes a estas, más allá de la denominación formal del puesto de trabajo.

En este sentido, la Sala IV pone en valor las Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales, en particular las relativas a los trastornos musculoesqueléticos, que identifican como condiciones de riesgo los trabajos repetitivos con elevación del hombro y el uso continuado de las manos por encima de la altura del hombro, actividades que son frecuentes en el sector de la limpieza, aunque tradicionalmente invisibilizadas en la normativa. Tareas como el fregado, el desempolvado de superficies elevadas, el pulido o la limpieza de techos y paredes requieren posturas forzadas, movimientos repetitivos y esfuerzos físicos significativos que contribuyen de manera directa al desarrollo de la patología tendinosa crónica del manguito rotador.

Sin embargo, el aspecto más innovador de la sentencia reside en la aplicación de la perspectiva de género como principio hermenéutico fundamental. El TS recuerda que el principio de igualdad, consagrado en el artículo 14 de la Constitución española y desarrollado en la Ley orgánica 3/2007, no se agota en la prohibición de discriminación directa, sino que impone una obligación positiva de eliminar los efectos de normas o prácticas aparentemente

¹⁵ Si bien es cierto que la STSJ de Galicia 5780/2016, de 14 de octubre, ya había incorporado la perspectiva de género en el ámbito del reconocimiento de enfermedades profesionales. La sentencia denuncia el sesgo androcéntrico del derecho de la Seguridad Social, destacando que su configuración normativa responde al modelo del trabajador varón propio de la sociedad industrial, y advierte sobre el riesgo de discriminación indirecta por razón de sexo derivado de una interpretación restrictiva del listado de enfermedades profesionales. La sentencia aborda el caso de una trabajadora que desarrollaba actividades en dos empleos distintos (operaria en una empresa de productos del mar y limpiadora) y que padecía una tendinitis calcificante del hombro derecho. Inicialmente, se le denegó el reconocimiento de la contingencia como enfermedad profesional, calificándola como enfermedad común.

neutras que generan un impacto desproporcionado sobre uno de los sexos. En este caso, la exclusión de las limpiadoras del listado de actividades generadoras de determinadas enfermedades profesionales constituye, *de facto*, una discriminación indirecta, dado que perpetúa un modelo androcéntrico en la protección de la salud laboral, que invisibiliza los riesgos específicos de las profesiones feminizadas.

El tribunal subraya que la integración de la perspectiva de género implica examinar cuál de las interpretaciones posibles del ordenamiento jurídico hace más efectivo el principio de igualdad. En este sentido, la falta de mención expresa a profesiones feminizadas en el anexo I del RD 1299/2006 refleja una omisión normativa que, lejos de ser neutral, perpetúa una desigualdad estructural en el acceso a la protección derivada de contingencias profesionales. Frente a ello, la Sala IV adopta un enfoque corrector, interpretando la norma de manera que garantice la efectividad del derecho a la igualdad de trato y no discriminación.

Con esta sentencia, el TS no solo reconoce el derecho de la trabajadora a que su patología sea considerada enfermedad profesional, sino que sienta un precedente de gran trascendencia para futuros casos, al establecer un estándar interpretativo que obliga a considerar la dimensión de género en la calificación de contingencias profesionales. Este fallo marca un avance en la construcción de una jurisprudencia más sensible a la realidad de las mujeres en el mundo del trabajo y a la necesidad de que la normativa de seguridad y salud laboral refleje de forma adecuada la diversidad de riesgos a los que están expuestas en función de sus condiciones de empleo y sus trayectorias profesionales.

5. Conclusiones y propuestas de mejora

El actual sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales presenta importantes deficiencias que limitan su capacidad de ofrecer una protección adecuada a las personas trabajadoras, especialmente a las mujeres. Una de las reformas fundamentales necesarias podría ser la revisión de la definición legal de enfermedad profesional, eliminando el requisito de que el trabajo sea la causa exclusiva de la patología y estableciendo que sea la causa predominante. Este cambio permitiría una actualización más flexible y realista del listado de enfermedades profesionales, facilitando su adecuación a la realidad laboral actual.

Además, resulta imprescindible mejorar el sistema de notificación y registro de enfermedades profesionales, ya que muchas de ellas siguen sin ser declaradas como tales. La falta de datos fiables no solo invisibiliza la magnitud real del problema, sino que también dificulta la adopción de medidas preventivas y la correcta asignación de responsabilidades. Esta situación afecta de forma particular a las mujeres, dado que las patologías derivadas de actividades altamente feminizadas continúan infrarrepresentadas en las estadísticas oficiales, lo que perpetúa su invisibilidad institucional.

Un aspecto crítico de la reforma es la incorporación de la perspectiva de género en el listado de enfermedades profesionales. La actual normativa sigue respondiendo a un modelo androcéntrico que no refleja adecuadamente las patologías derivadas de actividades desempeñadas mayoritariamente por mujeres, como las relacionadas con el sector de los cuidados, la limpieza o la educación. Esta omisión perpetúa la discriminación indirecta en el acceso a la protección social y debe ser corregida mediante la inclusión de enfermedades asociadas a estos sectores, reconociendo los riesgos ergonómicos, musculoesqueléticos y psicosociales a los que están expuestas estas trabajadoras.

Asimismo, se debe abordar la ausencia de los riesgos psicosociales en el listado de enfermedades profesionales. Factores como la sobrecarga de trabajo, la doble jornada, la exposición a acoso laboral o la inestabilidad contractual afectan de manera diferenciada a las mujeres y pueden derivar en enfermedades con un claro origen profesional. Sin embargo, la falta de reconocimiento normativo impide que las trabajadoras accedan a prestaciones adecuadas y genera una brecha de protección que debe ser subsanada. La salud mental, por tanto, debe ocupar un lugar central en la política de prevención de riesgos laborales, con especial atención a las condiciones laborales que afectan de manera desproporcionada a las mujeres.

Otro reto pendiente es la inclusión del cáncer de origen laboral en el listado de enfermedades profesionales. A pesar de que la exposición a determinadas sustancias en el entorno de trabajo ha sido científicamente vinculada con diversos tipos de cáncer, su reconocimiento sigue siendo muy limitado. Esta infradeclaración supone un perjuicio tanto para las personas afectadas como para sus familias, que deben afrontar la enfermedad sin el respaldo de una protección adecuada. Además, la falta de reconocimiento de ciertos tipos de cáncer que afectan mayoritariamente a mujeres, como el de mama o el de ovario, evidencia la necesidad de un enfoque de género en la evaluación de los riesgos carcinogénicos.

No obstante, además de mejorar el sistema de reconocimiento y registro, es imprescindible actuar desde la prevención y detección temprana de las enfermedades profesionales. Para ello, es necesario implementar evaluaciones de riesgos específicas, con metodologías avaladas por organismos como el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Dichas evaluaciones deben identificar con precisión los factores de riesgo, especialmente los psicosociales y ergonómicos, y establecer medidas concretas para reducir su impacto.

En este mismo sentido, la vigilancia de la salud debe reforzarse, garantizando tanto un control individual como colectivo de los riesgos laborales. Es fundamental que los servicios de prevención ofrezcan una evaluación de la salud ajustada a los riesgos específicos de cada sector y ocupación, asegurando una detección precoz de posibles patologías. La gestión de la seguridad y salud en el trabajo debe adaptarse a los desafíos que suponen las transiciones digital, ecológica y demográfica. Factores como la edad, el género, la ocupación o la discapacidad influyen en la exposición a ciertos riesgos, por lo que las políticas de prevención deben integrar estos elementos para garantizar una protección más equitativa y efectiva.

Otro aspecto que requiere una revisión urgente es la actuación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, con el objetivo de evitar la infradeclaración de enfermedades profesionales. La falta de un control adecuado sobre estas entidades ha contribuido a que muchas enfermedades laborales sean registradas como comunes, lo que impacta negativamente en las prestaciones económicas y en la protección de las personas trabajadoras. Esta situación genera, además, un desplazamiento de costes hacia el sistema público de salud, que asume gastos que deberían ser cubiertos por las mutuas, generando una ineficiencia en la gestión de los recursos públicos.

Para mejorar la identificación y prevención de enfermedades profesionales, también es necesario reforzar la coordinación entre los sistemas de información y los servicios de prevención de riesgos laborales. Solo a través de un análisis riguroso de los datos se podrá determinar en qué sectores y bajo qué condiciones se generan las enfermedades laborales, permitiendo diseñar estrategias de actuación más eficaces. Dado que la calificación de una enfermedad como profesional depende en gran medida de la valoración médica, resulta imprescindible fomentar la formación especializada en medicina del trabajo. Contar con profesionales con un conocimiento profundo de la actividad productiva y de su impacto en la salud permitirá una mejor identificación de las patologías de origen laboral y garantizará una mayor coherencia en los diagnósticos.

Por último, para que estas reformas sean realmente efectivas, es crucial incrementar la participación de la representación legal de las personas trabajadoras en todas las medidas de evaluación, prevención y vigilancia de la salud. La implicación de los sindicatos y comités de empresa permitirá una mayor adecuación de las estrategias de prevención a la realidad de los procesos productivos y a las necesidades específicas de cada sector.

Ahora bien, si bien la jurisprudencia del TS ha desempeñado un papel relevante al corregir algunas de las limitaciones del marco jurídico, lo cierto es que las ocasiones en las que ha tenido la oportunidad de valorar el carácter profesional de enfermedades padecidas en profesiones altamente feminizadas no son muchas. Esta escasez de pronunciamientos judiciales podría interpretarse no tanto como un indicio de la inexistencia del problema, sino más bien como un reflejo de la dificultad de las trabajadoras para acceder a la vía judicial. Dado el elevado número de profesiones feminizadas en el mercado laboral, cabe suponer que existen numerosos casos de mujeres que, pese a sufrir dolencias claramente vinculadas a su actividad profesional, no inician procedimientos legales para impugnar la calificación de sus enfermedades como comunes. Las barreras económicas, la falta de información o la complejidad probatoria actúan como frenos que limitan el ejercicio efectivo de sus derechos.

En este sentido, las sentencias analizadas en este trabajo representan solo la parte visible de un problema estructural mucho más amplio. Constituyen algunas hojas de un bosque denso, en el que permanecen ocultas numerosas situaciones de vulneración de derechos que nunca llegan a los tribunales. La exclusión de determinadas profesiones y patologías del RD 1299/2006 y, por ende, la falta de aplicación de la presunción *iuris et de iure* de origen

profesional ha generado una realidad en la que muchas enfermedades terminan siendo calificadas como comunes. Este hecho no solo expone a las trabajadoras a una desprotección significativa debido a la dificultad de probar el nexo causal, sino que también contribuye a una brecha prestacional de género. Esta brecha tiene consecuencias directas en la calidad de vida de las mujeres trabajadoras, limitando su acceso a prestaciones adecuadas y perpetuando desigualdades estructurales en el ámbito de la protección social.

Sin embargo, la jurisprudencia del TS, aunque limitada en número de casos, ha demostrado su capacidad para actuar como un mecanismo corrector, contribuyendo a reducir dicha brecha y corrigiendo desigualdades históricas en el trato normativo entre hombres y mujeres. La reciente orientación del poder legislativo hacia la integración de la perspectiva de género en la normativa, como se refleja en el mandato del Real Decreto-Ley 16/2022 para revisar el cuadro de enfermedades profesionales, ofrece una oportunidad para avanzar hacia un sistema más justo e inclusivo. Si este proceso se desarrolla con el compromiso necesario, puede suponer un paso decisivo en la eliminación de discriminaciones indirectas por razón de sexo y en la reducción de la brecha prestacional de género, garantizando una protección más equitativa para todas las personas trabajadoras.

En definitiva, el actual sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales necesita una reforma estructural que corrija sus deficiencias, incorpore de manera transversal la perspectiva de género y refuerce la prevención como pilar fundamental de la seguridad y salud en el trabajo. Solo así se podrá garantizar una protección justa y efectiva para todas las personas trabajadoras, eliminando las barreras que hoy en día impiden el acceso a una cobertura adecuada frente a las enfermedades derivadas de la actividad laboral. Este objetivo no solo responde a un imperativo de justicia social, sino que constituye un requisito esencial para la construcción de un sistema de Seguridad Social verdaderamente inclusivo, equitativo y eficaz.

Referencias bibliográficas

- Arias Domínguez, Á. (2022). Apreciación de la enfermedad profesional desde la perspectiva de género. *Revista de Jurisprudencia Laboral*, 9, 1-9. https://doi.org/10.55104/RJL_00388
- Blasco Jover, C. (2022). Algunos ejemplos recientes sobre la integración de la perspectiva de género en la interpretación de las normas de Seguridad Social. *Labos. Revista de Derecho del Trabajo y Protección Social*, 3(3), 130-152. <https://doi.org/10.20318/labos.2022.7370>
- Blasco Lahoz, J. F. (2008). El concepto legal de enfermedad profesional y su interpretación judicial y doctrinal. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 308, 1-20. <https://doi.org/10.51302/rtss.2008.5527>
- Cavas Martínez, F. (2022). La interpretación del sistema de Seguridad Social con perspectiva de género en la doctrina de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo. *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, 29, 27-54. <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/531>

- Comisión Europea. (2021). *Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021DC0323&qid=1626089672913#PP1Contents>
- Contreras Hernández, Ó. (2020). Capítulo XXVII. La inclusión de los riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales: evidencias y propuestas para una revisión legal. En J. L. Monereo Pérez (Dir.), *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* (tomo I, pp. 433-444). Laborum.
- Desdentado Bonete, A. (1999). Art. 116. Concepto de enfermedad profesional. En J. L. Monereo Pérez y M. N. Moreno Vida (Dirs.), *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social* (pp. 1122-1123). Comares.
- Fernández Collados, M.^a B. (2010). Las enfermedades del trabajo. *Civitas. Revista Española de Derecho del Trabajo*, 146, 287-312.
- Ferrando García, F. M.^a (2024). La integración de la perspectiva de género como herramienta necesaria para eliminar la discriminación indirecta en materia de enfermedades profesionales. *Jurisdicción Social. Revista de la Comisión Social de Juezas y Jueces para la Democracia*, 253, 5-15. <https://www.juecesdemocracia.es/2024/04/10/revista-jurisdiccion-social-253-marzo-2024/>
- Gayá Pérez, H., Torres Ordóñez, M. B., Díaz, P., Ramada, J. M.^a, Serra, C. y Benavides, F. G. (2023). Estimación económica de una muestra de casos de enfermedad profesional confirmados por el INSS atendidos en el Parc de Salut Mar, 2014-2021. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.12961/april.2023.26.01.04>
- González Ortega, S. (2017). Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia. En S. Barcelón Cobedo y S. González Ortega, S. (Coords.), *Las enfermedades profesionales* (pp. 25-55). Tirant lo Blanch.
- Grau Pineda, C. (2017). Sobre la imperiosa necesidad de incorporar el sesgo de género en la gestión de los riesgos psicosociales. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 408, 23-58. <https://doi.org/10.51302/rtss.2017.1912>
- Igartua Miró, M.^a T. (2007). La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales. *Actualidad Laboral*, 22, 2692-2705.
- Igartua Miró, M.^a T. (2023). El enfoque de género y la enfermedad profesional: reflexiones desde el ordenamiento español. *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 11(2), 6-41. https://ejcls.adapt.it/index.php/rldc_adapt/article/view/1268
- INSST. (2018). *NTP 657. Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales*. INSST, O. A., M. P. https://www.insst.es/documents/94886/7854588/ntp_657.pdf/b32d581a-ab53-432f-a30f-696e301eb606?version=1.2&t=1727364134344&dowload=true
- INSST. (2024). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas*. INSST, O. A., M. P. <https://www.insst.es/documentacion/material-normativo/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relativos-a-la-manipulacion-manual-de-cargas>

- López Gandía, J. y Agudo Díaz, J. (2007). *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. Bomarzo.
- Lousada Arochena, J. F. (2021). *Enfermedades profesionales en perspectiva de género*. Bomarzo.
- Luján Alcaraz, J. (2021). La imprecisa e insuficiente delimitación de la enfermedad profesional. *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, 26, 35-48. <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/443/483>
- Martínez Moreno, C., Álvarez Cuesta, H., Grau Pineda, C. y Castro Franco, A. (2023). *Revisión jurisprudencial de las dolencias y patologías que sufren las camareras de piso. Propuestas para su reconocimiento como enfermedad profesional*. Instituto de las Mujeres, Ministerio de Igualdad. https://www.igualdadnlaempresa.es/recursos/Campanas/docs/Jurisprudencia_EP_Camare-rasPiso2023.pdf
- Poquet Catalá, R. (2020). Capítulo XXVIII. El actual sistema de calificación de enfermedades profesionales, ¿hacia un nuevo modelo? En J. L. Monereo Pérez (Dir.), *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* (tomo I, pp. 445-460). Laborum.
- Ríos Velada, A. (2023). La aplicación del punto de vista de género para la defensa de la salud laboral de las mujeres trabajadoras. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, 50, 148-173. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.25211>
- Rodríguez González, S. (2021). La perspectiva de género en la aplicación e interpretación de las normas por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo. *Trabajo y Derecho. Nueva Revista de Actualidad y Relaciones Laborales*, 76.
- Rodríguez Hernández, J. (2023). La perspectiva de género en la interpretación de las normas de Seguridad Social. *Diario La Ley*, 10204. <https://diariolaley.laleynext.es/dll/2023/01/10/la-perspectiva-de-genero-en-la-interpretacion-de-las-normas-de-seguridad-social>
- Rodríguez-Piñero Royo, M. (1995). Las enfermedades del trabajo. *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica*, 2, 21-33.
- Sempere Navarro, A. V. (2001). La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación. *Aranzadi Social*, 5, 71-82.

Matthieu Chabannes. Doctor en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y actual profesor ayudante doctor en el Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Facultad de Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. <https://orcid.org/0000-0002-9295-923X>