

Trabajo y suicidio

DAVID LANTARÓN BARQUÍN

III ARANZADI

© David Lantarón Barquín, 2025
© ARANZADI LA LEY, S.A.U.

La presente publicación es en parte resultado de la investigación llevada a cabo en el COMPTRASEC (Burdeos, Francia) posible gracias a la ayuda de movilidad Salvador de Madariaga concedida por el Ministerio de Universidades en el marco del Programa Estatal para Desarrollar, Atraer y Retener Talento, subprograma estatal de Movilidad, del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-7851-4066>.

ARANZADI LA LEY, S.A.U.

C/ Collado Mediano, 9
28231 Las Rozas (Madrid)
www.aranzadilaley.es

Atención al cliente: <https://areacliente.aranzadilaley.es/>
<https://www.aranzadilaley.es>

Primera edición: 2025

Depósito Legal: M-3645-2025

ISBN versión impresa: 978-84-1078-927-2

ISBN versión electrónica: 978-84-1078-928-9

Diseño, Preimpresión e Impresión: ARANZADI LA LEY, S.A.U.

Printed in Spain

© ARANZADI LA LEY, S.A.U. Todos los derechos reservados. A los efectos del art. 32 del Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba la Ley de Propiedad Intelectual, ARANZADI LA LEY, S.A.U., se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo cual incluye especialmente cualquier reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la Ley. Diríjase a **Cedro** (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

El editor y los autores no asumirán ningún tipo de responsabilidad que pueda derivarse frente a terceros como consecuencia de la utilización total o parcial de cualquier modo y en cualquier medio o formato de esta publicación (reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, publicación, reutilización, etc.) que no haya sido expresa y previamente autorizada.

El editor y los autores no aceptarán responsabilidades por las posibles consecuencias ocasionadas a las personas naturales o jurídicas que actúen o dejen de actuar como resultado de alguna información contenida en esta publicación.

ARANZADI LA LEY no será responsable de las opiniones vertidas por los autores de los contenidos, así como en foros, chats, u cualesquiera otras herramientas de participación. Igualmente, ARANZADI LA LEY se exime de las posibles vulneraciones de derechos de propiedad intelectual y que sean imputables a dichos autores.

ARANZADI LA LEY queda eximida de cualquier responsabilidad por los daños y perjuicios de toda naturaleza que puedan deberse a la falta de veracidad, exactitud, exhaustividad y/o actualidad de los contenidos transmitidos, difundidos, almacenados, puestos a disposición o recibidos, obtenidos o a los que se haya accedido a través de sus PRODUCTOS. Ni tampoco por los Contenidos prestados u ofertados por terceras personas o entidades.

ARANZADI LA LEY se reserva el derecho de eliminación de aquellos contenidos que resulten inveraces, inexactos y contrarios a la ley, la moral, el orden público y las buenas costumbres.

Nota de la Editorial: El texto de las resoluciones judiciales contenido en las publicaciones y productos de **ARANZADI LA LEY, S.A.U.**, es suministrado por el Centro de Documentación Judicial del Consejo General del Poder Judicial (Cenjoj), excepto aquellas que puntualmente nos han sido proporcionadas por parte de los gabinetes de comunicación de los órganos judiciales colegiados. El Cenjoj es el único organismo legalmente facultado para la recopilación de dichas resoluciones. El tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en dichas resoluciones es realizado directamente por el citado organismo, desde julio de 2003, con sus propios criterios en cumplimiento de la normativa vigente sobre el particular, siendo por tanto de su exclusiva responsabilidad cualquier error o incidencia en esta materia.

Índice General

	<i>Página</i>
PRÓLOGO	15
1	
INTRODUCCIÓN	19
2	
SOBRE EL ACERVO CONCEPTUAL DEL SUICIDIO.....	29
3	
LA DIFÍCIL VISIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL SUICIDIO VINCULADO AL TRABAJO	33
4	
DE LA VINCULACIÓN ENTRE SUICIDIO Y TRABAJO	45
4.1. La evolución conceptual del suicidio y su multifactorialidad como paso previo	45
4.2. De la precipitación histórica del suicidio laboral y sus causas: Dejours y Bègue	51
4.3. El suicidio como contingencia profesional: una adicional cuestión social	60
4.3.1. <i>Aproximación a la consideración del suicidio como contingencia profesional</i>	60

	<u>Página</u>
4.3.2. <i>Obstáculos en esta calificación como contingencia profesional</i>	66
A) La causalidad específica de Seguridad Social: causalidad, ocasionalidad relevante y voluntariedad...	67
B) Causalidad y prueba: la autopsia psicológica	74
C) La tendencia a calificar como contingencia común lo relativo a la salud mental	80
D) Daño reputacional y económico en la empresa	81
4.3.3. <i>Sobre la trascendencia y relativa autonomía de la órbita preventiva</i>	84
5	
SUICIDIO, SALUD MENTAL Y RIESGOS PSICOSOCIALES..	89
5.1. Del arraigo del suicidio en la falta de salud mental.	89
5.2. La atención, normativa y no, al riesgo psicosocial.	96
5.3. Factores, factores de riesgo y riesgo de suicidio: una exploración conceptual del riesgo psicosocial como categoría genérica.	105
5.3.1. <i>Factores causantes del suicidio, factores psicosociales</i>	105
5.3.2. <i>Factores psicosociales, factores de riesgo psicosocial y riesgos psicosociales.</i>	108
A) Factores psicosociales	109
B) Factores de riesgo psicosocial	110
C) Riesgo psicosocial	118
5.4. De la categoría de los riesgos psicosociales a los concretos riesgos: estrés, violencia y acoso en el trabajo	123
5.4.1. <i>Estrés laboral: especial referencia al síndrome del trabajador quemado</i>	124
A) Estrés laboral	124
B) Tecnoestrés y burnout	128
C) Estrés y suicidio	133

	<u><i>Página</i></u>
5.4.2. <i>Violencia en el trabajo: especial referencia al acoso laboral</i>	134
A) Aproximación conceptual al acoso y violencia en el trabajo	134
B) Breve reseña de sus efectos en la persona trabajadora víctima.....	140
C) Referentes normativos	142
5.4.3. <i>France Télécom, acoso moral institucional y Psicodinámica del Trabajo</i>	152
A) Del pronunciamiento: antecedentes y circunstancias	152
B) Acoso moral y acoso moral institucional	157
C) Psicodinámica del Trabajo	158
6	
LA PRESTACIÓN LABORAL EXPUESTA A FACTORES DE RIESGO CONDUCENTES AL SUICIDIO	163
6.1. Desempleo	164
6.2. Suicidio y precariedad laboral	167
6.3. Reestructuraciones empresariales	169
6.4. Relación entre sector, profesión y suicidio	171
6.4.1. <i>Una doble perspectiva profesional</i>	171
6.4.2. <i>Una aproximación al cuadro de factores de riesgo y riesgos del trabajador suicida</i>	174
6.4.3. <i>De la concreta ocupación del trabajador suicida</i>	175
6.4.4. <i>De la causalidad de esta alta tasa ocupacional de suicidio</i> .	182
7	
SOBRE LA NECESARIA ORDENACIÓN DEL SUICIDIO «LABORAL»	185
7.1. Aproximación al enfoque ordenador del suicidio laboral ..	185
7.2. Legislación estatal sobre el suicidio laboral: Japón	186

	<i><u>Página</u></i>
7.3. Previsiones en la negociación colectiva	192
7.3.1. <i>Aproximación a su relevancia y realidad en España</i>	192
7.3.2. <i>Suicidio y negociación colectiva en Francia</i>	201
7.4. Reformulación normativa de la atención al suicidio vinculado al trabajo	214
8	
ENSAYO SOBRE LAS CLAVES DE LA PLANIFICACIÓN PREVENTIVA DEL SUICIDIO LABORAL	219
8.1. Pilares y origen de la planificación en la prevención del suicidio	219
8.2. Aproximación general a las características de las estrategias de prevención del suicidio	224
8.3. De algunas claves específicas en la prevención del suicidio	227
8.3.1. <i>Evaluación, factores de riesgo y factores de protección</i>	227
8.3.2. <i>Dificultar el acceso a los medios utilizados</i>	232
8.3.3. <i>La clave subjetiva: de la importancia del apoyo social interno y externo</i>	234
8.3.4. <i>La comunicación</i>	239
8.3.5. <i>El elemento temporal</i>	241
8.3.6. <i>Plan de crisis y diversidad de equipos</i>	244
9	
RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES	253
BIBLIOGRAFÍA	297

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como «todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil»¹.

Distintos ordenamientos han abordado la regulación de esta realidad desde una perspectiva penal (v. gr. inducción al suicidio de nuestro art. 143 CP) o mercantil, caso, este último, de nuestro art. 93 Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE, 17-X)².

Normativa cuya relevancia no oculta el sorprendente hecho de la desatención de ordenamientos laborales, como el nuestro, a esta realidad. Sea directamente al suicidio mismo, sea, en menor pero acusada entidad, a los riesgos potenciales generadores del mismo.

Sorprende, cualitativamente, por la importancia del bien jurídico tutelado y de los derechos comprometidos que lo amparan. El valor de la propia vida humana, los derechos, fundamentales (el derecho a la vida, a la integridad física) o no (derecho a la protección de la salud), a los que el suicidio y otras conductas autolíticas afectan, determinan la relevancia de este género de conductas y, en consecuencia, su trascendencia en Derecho. Desde esta óptica jurídica, el elenco de categorías y conceptos jurídicos que entran en juego a la hora de dilu-

1. OMS, *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*, Ginebra (OMS), 2006, ISBN 92 4 159438 1, p. 6. Para una información actualizada consúltese <https://www.who.int/health-topics/suicide>
2. Este último precepto citado indica que «salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato». Y dispone que, a estos efectos, se entienda por suicidio «la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado». Fuentes doctrinalmente advertidas, entre otros, por LÓPEZ FERNÁNDEZ, R., «El encaje del suicidio como accidente de trabajo: qué dice la jurisprudencia y cuáles son las principales causas», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, número 3, julio-septiembre de 2023, ISSN 2282-2313, p. 67.

cidar sus efectos en multitud de planos, tales como los de dolo, fraude, causalidad, etcétera, hacen del mismo una realidad de indudable complejidad e interés dogmático.

Se trata, además, cuantitativamente, de una realidad relevante. En efecto, aunque el suicidio es mundialmente conocido por la notoriedad de la situación japonesa, o por casos de extraordinaria gravedad, como el del copiloto de *Germanwings*³ o el caso *France Télécom*⁴, no es, obviamente, una cuestión singular de Japón, del Este Asiático o de países como Francia. Pese a su alta tasa en estos países. Y tampoco se trata de una presencia simbólica, ni mucho menos.

Es, eso sí, una realidad agravada durante la pandemia del COVID-19⁵, que habría demandado la mayor atención hacia el personal sanitario, en particular de primera línea, y de otros servicios esenciales. Realidad aparentemente *procíclica*, pues, en relación con las crisis, financiera y pandémica, y generalizada. Se recuerda que el suicidio fue incluso calificado como «el accidente laboral de la crisis», llegándose a hablar de las «viudas» de esta coyuntura⁶. Suicidio *contracíclico* en relación con el crecimiento económico, parámetro habitual. Carácter contracíclico acreditado en nuestra reciente historia⁷.

La OMS ha venido realizando un seguimiento de la salud mental y del suicidio, presentando una serie de datos de gran interés que acreditan las anterio-

3. Un estudio de este caso puede ser consultado en BELTRÁN GÓMEZ, A., «El copiloto suicida. Problemas médico legales detectados en el accidente aéreo de Germanwings», *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses* ISSN 2174-9019, núm. 24 julio-septiembre 2017, 83 páginas. Y en la bibliografía citada en el mismo.
4. Volveremos más adelante en profundidad sobre este caso. Destacar, de entrada, que en la empresa France Télécom se sucedieron 35 suicidios en dos años, 2008 y 2009. Suicidios que condujeron a un informe de la Inspección de Trabajo denunciando la política de gestión de personal y al procesamiento por acoso moral del expresidente de la empresa, amén de otros seis directivos. Suicidios que se produjeron tras una campaña de reestructuración del gigante de la telefonía que provocó la supresión de 22.000 puestos de trabajo y el desplazamiento de 10.000 empleados entre 2006 y 2008. *Boletín de Noticias Comfia-Info*. Resumen diario de 06 jul 2012. En diciembre de 2019 la empresa es condenada a pagar una multa de **75.000 euros y los ejecutivos condenados a un año de cárcel**, con ocho meses de suspensión de pena, y a pagar una multa de 15.000 euros por haber aplicado una política agresiva de reducción de efectivos.
5. GUNNELL, D., APPLEBY, L., ARENSMAN E., et al. (2020), «Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic», *Lancet Psychiatry*, 2020; 7: 468-471.
6. PÉREZ AGULLA, S., «El suicidio con ocasión o por consecuencia del trabajo», *Revista española de Derecho del Trabajo*, núm. 160, 2013, página. 3.
7. En relación con este carácter, el mayor porcentaje de suicidas clasificados en profesiones relacionadas con el sector primario y secundario se sitúa entre 1943 y 1958, «coincidiendo prácticamente con el periodo de posguerra y autarquía, donde los trabajadores de este sector tuvieron que soportar las nuevas condiciones laborales asfixiantes derivadas del aislamiento, y que pudo ocasionar situaciones de extrema pobreza y miseria» Y prosigue, «tendencia ascendente hasta finales de los años 60, que encajaría con el periodo complicado

res afirmaciones⁸. Entre estos datos, destacar los siguientes: en una empresa de 1.000 trabajadores, entre 200 y 300 de ellos sufrirán un serio problema de salud mental y cada diez años un trabajador cometerá suicidio; por cada trabajador que se suicida, otros 10-20 trabajadores lo intentarán; o que el 8% de todos los días de trabajo perdidos debido a muerte del trabajador corresponden al suicidio.

Cierto es que las cifras que ofrece la OMS arrojan también un claro descenso en el número mundial de suicidios. Según la misma, entre el año 2000 y el año 2019 la tasa mundial estandarizada de suicidio por edad decreció un 36%, un 47% en Europa. En el año 2012 estimaba se habían producido 804 000 suicidios en el mundo, 11.4 por cada 100.000 habitantes, claramente más hombres que mujeres. Siete años después, en el año 2019, aquella cifra había descendido hasta 703.000 víctimas por año, advirtiendo que sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo, con más incidencia que la malaria, el sida, el cáncer de pulmón, las guerras o los homicidios. Concretamente, el 1.3% de las muertes mundiales. Cifras de suicidio que, señala, son probablemente inferiores a las reales, «resultando *infradeclarado*, dada la sensibilidad de la materia y que en algunos países es incluso ilegal»⁹.

La Federación Mundial de Salud Mental habla así de cifras superiores y estimaba que en el año 2018 la tasa de suicidio alcanzaba 14.2 suicidios por 100.000 habitantes¹⁰. Y, en el año 2021, la propia OMS constataba más de 700.000 suicidios cada año en el mundo. Y venía a reconocer que, si bien reducir la mortalidad por suicidio en un tercio para el año 2030 es, a la vez, un indicador y una meta de los ODS de Naciones Unidas, visible en el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 y en su 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 —que incluía el mismo indicador con una reducción del 15% para 2023—, «el

atravesado, iría en consonancia con las teorías contra-cíclicas del suicidio, donde se vería este como un hecho coyuntural motivado por un desajuste en la economía y en las condiciones sociales, que genera una crisis, de manera que en época de crisis aumentan los suicidios, disminuyendo durante los booms económicos donde aumenta el consumo y la satisfacción». QUEVEDO-BLASCO, R. y PALOMARES-RODRÍGUEZ, J. M.^a, «Evolución histórica del perfil profesional de las víctimas de suicidio en España (1943-2005)», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, número 3, julio-septiembre de 2023, ISSN 2282-2313, pp. 308 y 309.

8. DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS OMS, «Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo», Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006, ISBN 978 92 4 1594387, pp. 6 y ss.
9. WHO, «Preventing suicide. A global imperative», Ginebra (WHO), 2014, ISBN 978 92 4 156477 9, pp. 1 y 10.
10. FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, *DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2020 Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión-Mayor Acceso*. 182 páginas. Disponible en https://wfmh.global/img/what-we-do/past-events/2020-wmhd/WMHD2020_v01_Spanish_resized.pdf Consultada el día 21 de agosto de 2024, p. 25.

mundo no está en camino de alcanzar los objetivos de reducción del suicidio para 2030»¹¹.

Como adicional botón de muestra, en Estados Unidos de América el suicidio es la décima causa de muerte, con una media de 129 suicidios diarios, aproximadamente 48.000 personas en 2018 (Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, 2020). Indicándose que las tasas de suicidio «han aumentado drásticamente en Estados Unidos, con más de la mitad de los estados experimentando un aumento de más del 30% desde 1999»¹².

En la realidad más cercana, europea, que parece erigirse como la segunda región del mundo con tasas más altas de suicidio, las cifras hablan también por sí solas. En el año 2008 se calculaba que casi 50 millones de ciudadanos europeos (cerca del 11% de la población) presentaban trastornos mentales, produciéndose cerca de 58.000 suicidios al año¹³. Los datos aportados por EUROFOUND hablaban ya en el año 2007 de que el 22,3% de los trabajadores afirman sufrir estrés en el trabajo, o señalaban en el año 2012 que el 4% de los trabajadores denunciaron haber sufrido intimidación y/o acoso en el año anterior¹⁴. En la UE-27, en el año 2016 se producían 10,8 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes¹⁵.

Y, finalmente, en nuestro país la tasa bruta de suicidio en 2019 fue de 7.7 personas por 100.000 habitantes¹⁶, por debajo de la media de la UE. En el año 2021 se estimó que se produjeron un total de 16.831 fallecimientos por causas externas, 4.003 de ellos (2.982 hombres y 1.021 mujeres), la mayoría, por suicidio, un 1,6% más que en 2020, según los datos de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte del INE.

Atendiendo a esta misma fuente, que incluye como causa de la muerte el suicidio y lesiones autoinfligidas, en el año 2022 este número es de 4.227 y, provisionalmente, en el año 2023 de 3952 (2952 hombres). Es decir, este número parece no decrecer en los últimos años, sino más bien —con ciertos

11. WHO, *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*, ISBN 978-92-4-002662-9 (electronic version), World Health Organization, Geneva, 2021, p. X.
12. HOWARD, M. C., FOLLMER, K. B., SMITH, M. B., TUCKER, R. P., VAN ZANDT, E. C., «Work and suicide: An interdisciplinary systematic literature review», *Journal of Organizational Behavior*, 2022, 43, p. 260.
13. UE-Presidencia Eslovena UE-WHO Europe, «Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar». Resultante de la Conferencia de alto nivel de la UE *Juntos por la salud mental y el bienestar*. Bruselas, 12-13 junio de 2008, p. 2.
14. DUMON, E. Y PORTZKY, G., *Prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones para el ámbito laboral*, Proyecto EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), 2014, pp. 8 y 9.h.
15. Datos de Eurostat. Disponibles en <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=505766> Consultado el 8 de junio de 2022.
16. WHO, «Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates», Ginebra, WHO, 2021, ISBN 978-92-4-002664-3 (electronic version) ISBN 978-92-4-002665-0 (print version), p. 31.

vaivenes— aumentar, siendo de 3671 el número de suicidios en el año 2019 y de 3941 en el 2020. Se mantiene igualmente el claro mayor número de suicidas hombres¹⁷.

La realidad europea —y cualquier realidad— podría verse atemperada en un futuro en contextos de diálogo sobre la implantación de la jornada de cuatro días semanales, o sobre la reducción progresiva de ésta, como se discute hasta las 37,5 horas en 2025. Tendencia positiva a nuestros efectos si pensamos en el exceso de tiempo de trabajo como factor relevante de riesgo. No obstante, el aumento de la cifra de trastornos mentales en la UE opera en sentido contrario.

En fin, la realidad del suicidio es ya de por sí muy trascendente bajo el prisma estudiado. Pero no debemos olvidar otros enfoques, como su lectura económica, más transitada en relación con la salud mental¹⁸.

Sentado lo anterior, el presente estudio tiene por objeto el análisis del suicidio cuando este se vincula con el trabajo. Realidad a la que, en lo sucesivo, por economía del lenguaje, nos referiremos en ocasiones como *suicidio laboral*, que no necesariamente producido en el tiempo y lugar de trabajo sino con causa relevante, no mera correlación, en éste. Expresión que, desde luego, no repara en esta reflexión en un sentido figurado, concerniente a decisiones del trabajador que meramente comprometan su futuro laboral.

Una causalidad, un vínculo del suicidio con el trabajo, que resulta compleja advertir. Esta complejidad encuentra distintas razones de ser, reconducibles a dos fundamentales en las que nos centraremos. Y que son la visibilidad fáctica, estadística, del problema, y la aceptación de la relevancia del factor trabajo en la causalidad del suicidio. Obviamente inextricablemente unidas y difíciles de secuenciar. Es difícil apreciar en los hechos, en el mundo del trabajo, suicidios «laborales» si no se admiten tales. Y es difícil admitir tales si no se parte de una base empírica concluyente.

17. En el año 2023, las *caídas accidentales* se situaron como primera causa externa con 4.018 fallecidos (un 6,1% más), desplazando a los suicidios por primera vez en la serie 2019-2023, suicidios que en este último año alcanzan los 3.952. Suicidios que presentan también el segundo mayor descenso entre causas más frecuentes en comparación con el año 2022 (un 6,5% menos). Por sexo, las causas de muerte externa más frecuentes entre los hombres fueron los *suicidios* (2.952 fallecidos) y las *caídas accidentales* (2.156). En las mujeres lo fueron las *caídas accidentales* (1.862 fallecidas) y el *ahogamiento, sumersión y sofocación* (1.701). INE, *Defunciones según la Causa de Muerte. Años 2021 y 2022 (datos definitivos) y 2023 (datos provisionales)*. Notas de prensa, 19 diciembre 2022 y 26 de junio de 2024.
18. En el año 2000 se estimaba que el costo de salud de los enfermos mentales representaba entre el 3 y 4% del producto interno bruto en los 15 estados de la Unión Europea. Una gran proporción de estos costos (probablemente una tercera parte o más) estaban directamente relacionados con la pérdida de productividad. DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS OMS, «Prevención del suicidio...», p. 13.

Existen desde luego otras razones de la identificación de este complejo vínculo entre trabajo y suicidio, de las que apuntamos, por el momento, dos. En primer lugar, la complejidad de conciliar que un mismo factor, el trabajo, genera efectos positivos y negativos. Y, sobre todo, de identificar la frontera que identifica cuando se produce los unos y los otros.

Es necesario partir de la realidad incontestable de que el trabajo «por lo general, es bueno tanto para la salud mental como para la salud física»¹⁹. De hecho, cualificada doctrina advierte que, durante varias décadas, uno de los antecedentes del suicidio más estudiados ha sido la participación de la mujer en la población activa, advirtiendo los terapéuticos efectos sobre la *ideación suicida* de su incorporación al mercado laboral²⁰.

Y, no obstante, este terapéutico efecto del trabajo parece acreditado en sentido contrario, por un lado, que la contribución del trabajo al bienestar psicológico se acomoda al gradiente social habitual. Que los satisfechos tienden a estar del lado de los graduados de mayor nivel y de los más cualificados, aunque «las profesiones relativamente poco cualificadas y una gran mayoría de mujeres, como niñeras, peluqueras o trabajadores domésticos, se encuentran entre las profesiones para las cuales la aportación del trabajo al bienestar es fuerte»²¹.

Y, más importante aún, es preciso aceptar —ampliando la mirada— que «cuando el trabajo pierde su significado, sus dimensiones positivas se desvanecen», pudiendo esta situación ser fuente de problemas de salud física y mental. Problemas que, en este último caso, «pueden ir desde síntomas relacionados con el ámbito psicológico hasta la aparición de patologías psiquiátricas»²². Entre estas consecuencias, nos ocupa el suicidio laboral.

Causa adicional de esta complejidad es, en segundo lugar, la desatención, al menos inicial, de importantes instituciones. A título de ejemplo, el enfoque general institucional de la OMS no contempla tradicionalmente un tratamiento específico de lo que hemos denominado «suicidio laboral», a pesar de que la propia OMS estima en 2019 su número en 703.000 personas²³.

19. WYNNE, R., DE BROECK V., VANDENBROEK, K., LEKA, S., JAIN, A., HOUTMAN, I., MCDAID, D. y AH-LA PARK, *Promover la salud mental en el puesto de trabajo. Guía para la aplicación de un enfoque integral*, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones de la UE), 2017, PDF ISBN 978-92-79-66316-1, p. 12.

20. HOWARD, M. C., FOLLMER, K. B., SMITH, M. B., TUCKER, R. P., VAN ZANDT, E. C., «Work and suicide...», p. 269.

21. COUTROT, T. «Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016». Dares, *Document d'études*, 2018 mars, núm. 217, 53 páginas.

22. DESPRAT, D., BAUDELLOT, C., DEBOUT, M., WATERS, S., LEROUGE, L., «Les suicides liés au travail et au chômage» en Observatoire National du Suicide, *Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4e rapport/juin 2020, p. 34.

23. OMS, *Suicidio*, en www.who.int, 17 junio 2021, p. 1. Página web visitada el 12 de junio de 2024.

Tratamiento que no se observa en este nivel hasta el estudio conjunto con la OIT del año 2006, que más adelante referiremos. Estudio que participa de la idea —en la que profundizaremos en este estudio— de que los problemas de salud mental pueden también originarse no en factores individuales sino en la propia organización del trabajo, construyendo de este modo un puente que permite hablar de esta organización como causa relevante del suicidio en general. Enfoque que encuentra también otros referentes alejados de aquel plano universal, como el análisis plurianual que el Observatorio francés del suicidio destina al mismo.

Dejando atrás la anterior línea de reflexión, este análisis presta inexcusable atención a la prevención y al tránsito de su calificación como contingencia de seguridad social²⁴. Y, en consecuencia, partiendo de la normativa vigente en la materia, a la interpretación judicial. Y ello es así porque siendo el suicidio «una causa común de mortalidad entre las personas en edad de trabajar»²⁵, la determinación concreta de la causalidad laboral de un suicidio —no tanto la potencialidad del trabajo humano como causa determinante del mismo— está firmemente apegada a su condición de —en la práctica en nuestra realidad y en muchas otras— accidente de trabajo y, en todo caso, del carácter profesional de la contingencia. Accidente de trabajo que presenta notables diferencias conceptuales a nivel comparado, lo que ha de determinar siempre una necesaria prudencia a la hora de extrapolar reflexiones de una realidad nacional a otra distinta.

Nos auxiliaremos del análisis de los pronunciamientos jurisdiccionales existentes que, si bien serán fundamentalmente de carácter reparador, posibilitan esta mirada preventiva desde dos enfoques fundamentales. Por un lado, como auxilio en la identificación de los factores de riesgo generadores de la conducta suicida, si atendemos a los antecedentes de los pronunciamientos. Por otro,

24. Desde su consideración como enfermedad común pasando por la de accidente no laboral hasta llegar al de trabajo «de concurrir la conexión causal oportuna entre la decisión autolítica y la actividad profesional», con el importante hito de la STS 25 septiembre 2007 (Rec. 5452/2005). FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J. y PRIETO PADÍN, P., «Trabajo y suicidio: una historia inacabada en el modelo de protección social», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, Volumen 10, número 1, enero-marzo de 2022, p. 213. ADAPT University Press. ISSN 2282-2313, pp. 213 y 221 y ss. Otras fuentes son VV.AA., *El suicidio del trabajador y su calificación en el Derecho social*, (MONEREO PÉREZ, J. L. y LÓPEZ INSUA, B. M.), Albacete (Bomarzo), 2018, 101 páginas; MOLINA NAVARRETE, C., «Suicidio, accidente laboral y riesgo profesional: ¿hora de recanalizar el desbordamiento de un concepto?», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (CEF)*, núm. 395, 2016, pp. 162 y ss.; MARTÍN RODRÍGUEZ, O., «El tecnoestrés como factor de riesgo para la seguridad y salud del trabajador», *Lan Harremanak*, 2020, núm. 44, pp. 179 y ss. ISSN 1575-7048-eISSN 2444-5819. Espacios que, naturalmente, están profundamente imbricados, porque, a modo de ejemplo, la protección social puede perfectamente derivar de un incumplimiento preventivo originador del trágico desenlace, con el puente natural entre prevención y reparación conformado por la posibilidad de recargo de las prestaciones resultante de un incumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
25. DESPRAT, D., BAUDELLOT, C., DEBOUT, M., WATERS, S., LEROUGE, L., «Les suicides liés...», p. 27.

como principal objeto de estudio, en determinación de la doctrina judicial que permite vincular el resultado suicida con el trabajo.

Amén de abordar esta calificación del suicidio y sus puntos críticos, identificar algunos mecanismos que la experiencia ha acreditado pueden ser útiles a efectos preventivos, apuntar en definitiva elementos eventualmente configuradores de un protocolo de evitación de este, es también uno de los propósitos de este trabajo. Una monografía que, en aras de tal fin, unido a una adecuada sistemática, ha de tomar como necesario punto de partida un acervo conceptual propio de nuestro objeto de estudio. Afloramiento conceptual que, consideramos, podría erigirse en sí mismo como valor añadido de esta reflexión.

Acervo conceptual que salpica esta obra y que es comprensivo de, al menos, dos líneas. Líneas que vertebran de uno u otro modo el presente discurso: por un lado, las nociones de suicidio y de otra serie de conceptos orbitales al mismo como procedimiento y como acto final (conceptos tales como ideación suicida, crisis suicida, etc.); de otro, la delimitación conceptual propia de la prevención de riesgos laborales entre factores, factores de riesgo, etc. en particular en relación con los laborales de carácter psicosocial, evidenciando en particular entre estos aquellos capaces de producir un daño a la salud mental.

Conviene también señalar de antemano que, movidos por la especialización de esta reflexión, precisamos orillar cuestiones relevantes desde una perspectiva general o, al menos, no priorizarlas en nuestro tratamiento. No obstante, la propia urdimbre de la naturaleza de un ser humano, entrelazando aspectos personales y profesionales, desdice, sino desautoriza, una excesiva autonomía de uno sólo de estos enfoques. *En otras palabras, y como mero botón de muestra de esta idea, los factores de riesgo pueden, siendo concretos, participar de una misma naturaleza, esté o no el suicidio vinculado con el trabajo.* Ciertamente que siendo el suicidio multifactorial, procuraremos diferenciar, con más brevedad de la deseable, aquellos factores de riesgo específicamente laborales, o con una especial significación o presencia en el mundo del trabajo.

Esta introducción, en cierto modo apriorística, ha de apuntar también que, entre otros posibles caminos, esta construcción ha de recorrer el de la relación entre esos factores de riesgo específicamente laboral, y, en definitiva, del suicidio, con las prestaciones de trabajo y/o con sectores de actividad. Abordaremos, pues, qué circunstancias económicas generales, coyunturas empresariales, sectores y puestos de trabajo presentan un mayor índice de suicidios. Realidad que entendemos de particular relevancia a efectos de la planificación preventiva, asumiendo la posibilidad de una aproximación que, atendiendo a los datos empíricos ofrecidos por los especialistas, discrimine según al grado de evidencia entre puestos de trabajo efectivamente expuestos a estos factores de riesgo u otras circunstancias que se sospecha puedan tener relación con el fatídico resultado.

Es decir, se trata de sumar al análisis la relevancia de contar con un, llamémoslo, grupo de riesgo del «suicidio laboral», más que delimitar clara y ciertamente éste, estudio que, sí posible, es correspondiente a otras especialidades. Una línea de trabajo que, por descontado, permitirá también deducir si este alto índice de suicidio presenta correspondencia con trabajos de alta cualificación y estándares más protectores o no, etc.

Caminos que sistemáticamente ordenados procuraremos converjan, por una parte, en la reflexión sobre la vía de ordenación de esta materia. Y, de otra, en medidas concretas de signo preventivo que puedan ser acordadas, tales como eventuales protocolos que traten esta materia y que puedan ser colectivamente acordados, siendo objeto de inclusión en los convenios colectivos, particularmente de aquellos ámbitos profesionales más afectados.

Revisaremos por ello los pros y contras de una pública ordenación específica de este «suicidio laboral». En este punto cabe situar la opción japonesa por el afrontamiento legal específico del problema o, por ejemplo, la basculación francesa de la negociación colectiva entre la significación autónoma de los riesgos psicosociales, por un lado, y su abordaje como parte de la calidad de vida y trabajo.

Y, a la luz de todos los análisis efectuados, también de las previsiones convencionales y eventuales protocolos existentes, trataremos de recopilar las medidas orientadas a la prevención del suicidio vinculado al trabajo. Diferenciaremos al efecto, entre otros enfoques, la prevención abstracta de la que acaece con posterioridad al suicidio ejecutado y que encuentra entre sus fines evitar el denominado efecto Werther²⁶.

Un análisis que asume, en fin, los postulados nacidos de la mano de Durkheim, que concibió el carácter de fenómeno social del suicidio. Un análisis que, además, estima imposible, por reducción al absurdo, que la entidad del tiempo vital transcurrido en el trabajo no tenga incidencia relevante en el índice de suicidios de una sociedad. Es más, a mayor entidad de la jornada real propia de esa sociedad, mayor ha de ser, en un equilibrio singular, en principio aquella Lo que explica, por ejemplo, la importancia de la prolongación de jornada como factor de riesgo de suicidio.

26. Nombre debido al efecto de la publicación de la novela de Goethe *Las penas del joven Werther*, en 1774, que provocó una ola de suicidios en Europa, a modo de imitación «romántica».

Suicidio, salud mental y riesgos psicosociales

SUMARIO: 5.1. DEL ARRAIGO DEL SUICIDIO EN LA FALTA DE SALUD MENTAL. 5.2. LA ATENCIÓN, NORMATIVA Y NO, AL RIESGO PSICOSOCIAL. 5.3. FACTORES, FACTORES DE RIESGO Y RIESGO DE SUICIDIO: UNA EXPLORACIÓN CONCEPTUAL DEL RIESGO PSICOSOCIAL COMO CATEGORÍA GENÉRICA. 5.3.1. *Factores causantes del suicidio, factores psicosociales.* 5.3.2. *Factores psicosociales, factores de riesgo psicosocial y riesgos psicosociales.* A) Factores psicosociales. B) Factores de riesgo psicosocial. C) Riesgo psicosocial. 5.4. DE LA CATEGORÍA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES A LOS CONCRETOS RIESGOS: ESTRÉS, VIOLENCIA Y ACOSO EN EL TRABAJO. 5.4.1. *Estrés laboral: especial referencia al síndrome del trabajador quemado.* A) Estrés laboral. B) Tecnoestrés y burnout. C) Estrés y suicidio. 5.4.2. *Violencia en el trabajo: especial referencia al acoso laboral.* A) Aproximación conceptual al acoso y violencia en el trabajo. B) Breve reseña de sus efectos en la persona trabajadora víctima. C) Referentes normativos. 5.4.3. *France Télécom, acoso moral institucional y Psicodinámica del Trabajo.* A) Del pronunciamiento: antecedentes y circunstancias. B) Acoso moral y acoso moral institucional. C) Psicodinámica del Trabajo.

5.1. DEL ARRAIGO DEL SUICIDIO EN LA FALTA DE SALUD MENTAL

Según se ha venido subrayando, el suicidio se relaciona usualmente con un trastorno mental, antes que directamente con problemas psicosociales o acontecimientos vitales estresantes, incluidos los laborales, que pueden estar en el origen de aquél. Los mencionados objetivos 3 y 4 del *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, a título de ejemplo, así lo evidencian.

Salud mental cuya atención ha evolucionado —insuficientemente— desde sistemas basados en la reclusión y aislamiento del enfermo hacia la «implantación de sistemas mucho más flexibles donde predomina el carácter voluntario del ingreso hospitalario que, además, se desarrolla en establecimientos abiertos

donde la terapia de grupo y las relaciones interpersonales y familiares juegan un papel fundamental»¹.

Retomando el discurso, el suicidio es, en efecto, resultado en la mayoría de los casos de un trastorno mental, al margen de la relación laboral²o no. Trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Y se asocian, en general, a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Es necesario diferenciar un trastorno mental de un problema de salud mental, término que comprendiendo aquellos abarca también

1. VALDÉS ALONSO, A., «Trabajo, discapacidad y...», p. 2.
2. Como evidencia, por ejemplo, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2022-2026, aprobada el 2 de diciembre de 2021. Estrategia que advierte, en primer lugar, el alto número de suicidios existente en Europa, más de 56.000 personas en el año 2015, aumentando con la edad, siendo más presente en hombres y dándose las tasas más bajas en el sur de Europa, en países entre los que se encuentra España. No obstante, se considera también como un problema en nuestro país. También recalca que, «según estimaciones recientes, más de una de cada seis personas en la UE tenían un problema de salud mental en 2016, lo que equivaldría a unos 84 millones de personas». Relevante es el hecho de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un suicidio individual afecta íntimamente, al menos, a otras seis personas (pp. 56 y 57). Otros datos avalan su extraordinaria importancia, como el hecho de que, en 2019, y en términos cuantitativos, multiplicó por dos las muertes por accidentes de tráfico y más de 50 veces las muertes por violencia machista (p. 80). Por ello, por su relevancia, la línea estratégica 3 se destina a la «Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida» (pp. 79 y ss.). Y ello sin olvidar que su línea estratégica 9, «formación», incluye en su apartado 9.3 un objetivo general consistente en «establecer planes formativos en relación a la atención de las personas con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados», entre otras referencias como las relativas a los indicadores. La Estrategia no atiende específicamente el hecho laboral. No obstante, incorpora, entre otras previsiones, la de intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas, incluyendo entre otros las personas en situación de exclusión social, personas con discapacidad o dependientes (p. 81). Además, en su recomendación VII, habla de la necesidad de «desarrollar e implantar protocolos de prevención en colegios, universidades, Administración, lugares de trabajo, centros sociosanitarios y centros de atención a personas mayores». Y, en lo que ahora más nos interesa, subraya que dentro de la diversidad de factores causantes del suicidio «una alta proporción de las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio o que murieron a causa de un suicidio han padecido un trastorno de salud mental» (p. 57). Indicando que la proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80-90 % (hay problemas de salud mental que favorecen la aparición de tendencias suicidas), siendo la cuestión que parece ser común en el suicidio la existencia de un gran sufrimiento emocional (p. 79). Atendiendo a la OMS, «los trastornos mentales ocurren cuando existen problemas en el funcionamiento cognitivo, emocional o perceptual de una persona causando disfunción significativa en una o más áreas del desempeño social u ocupacional...Es importante distinguir los trastornos mentales (o enfermedades) de los problemas de salud mental más genéricos y menos serios que pueden conducir a breves períodos de confusión emocional y dificultades temporales para afrontar los problemas». DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS OMS, «Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo», Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006, ISBN 92 4 159438 1 (Clasificación LC/NLM: HV 6545) ISBN 978 92 4 1594387, pp. 7 y 8.

discapacidades psicosociales y estados mentales con angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva³.

La prevalencia de trastornos mentales entre los casos varía según los estudios, pero suele ser superior al 80%, siendo de destacar que la asociación del suicidio con el trastorno mental parece más fuerte en Occidente. Se apunta hacia el lugar preponderante que ocupan los trastornos del estado de ánimo, las psicosis, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad entre los conducentes al suicidio⁴.

La identificación en mayor detalle de los principales factores de riesgo y, con ello, predictores del suicidio, evidencia nuevamente la trascendencia de la salud mental, a saber⁵: la depresión y otros trastornos psiquiátricos (la asociación de ansiedad y depresión aumenta el riesgo de suicidio), mostrando más del 90% —porcentaje que ofrece esta doctrina— de los suicidios una asociación con algún tipo de desorden o enfermedad mental; el alcoholismo y el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas; trastornos de personalidad (TP), especialmente el límite/*borderline* y antisocial —en ambos, el nivel de impulsividad y agresividad es elevado—, el histriónico, el narcisista y el dependiente; trastornos adaptativos: síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se suelen desarrollar en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés claramente identificables; ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto; previas tentativas de suicidio y utilización de métodos letales en la tentativa; aislamiento social, vivir solo, pérdida de soporte o de apoyo; sentimientos continuados de desesperanza, rigidez cognitiva; género masculino en la edad adulta; historia familiar de suicidio; estrés, siendo factores estresantes significativos la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales; acontecimientos vitales; enfermedad médica de carácter crónico; y el hábito tabáquico.

El riesgo de suicidio se relaciona con el número de factores de riesgo presentes, desarrollándose distintos modelos explicativos de este fenómeno. Modelos que autorizada doctrina repasa, siendo, para ella, el más aceptado en la actualidad el «modelo estrés-diátesis» (Mann, JJ et al.,1999), basado en que las características de algunos individuos que hacen reaccionen de manera peculiar ante ciertos estímulos del medio ambiente. Modelo que consta de dos dimensiones interrelacionadas: el estrés, como factor desencadenante o preci-

3. VICENTE HERRERO, M.^a T., RUIZ-FLORES BISTUER, M. y TORRES VICENTE, A., «Las enfermedades mentales y el suicidio. Una perspectiva médico legal desde Salud Laboral», *Academic Journal of Health Sciences*, 2023/38 (6), p. 39.

4. FOUCHAULT, J., «L'autopsie psychologique...», p. 17.

5. MARTÍNEZ PLAZA, C. A., «El estrés laboral... (y II)», pp. 37 y 38. Listado útil e ilustrativo que conceptualmente no compartimos al 100% por entender confunde en alguno de sus apartados grupo de riesgo con factor de riesgo.

pitante, y los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad límite o *borderline* o impulsividad),conceptuándose la diátesis como una «disposición hacia la enfermedad que tiene como origen ciertos aspectos genéticos, experiencias, enfermedades previas y hábitos de vida»⁶.

Centrados en aquel primer padecimiento mencionado, la depresión, cuando analicemos el estrés expondremos que es uno de los factores de riesgo de episodios depresivos y de depresión mayor, siendo aceptado que ésta, la depresión, es a su vez «uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y una de las principales causas de discapacidad y de suicidio»⁷. La depresión constituye el factor más importante de los suicidios consumados, en torno al 60 % de los mismos presenta trastornos depresivos cuando se realiza la autopsia psicológica⁸.

Depresión que «puede tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva», detectándose entre otros cambios los siguientes: disminución de la productividad; quejas de dolores y de sufrimiento inexplicable; lentitud y errores frecuentes en el trabajo; dificultades en la concentración con olvidos frecuentes; inadecuado cumplimiento horario; mayor frecuencia de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad; frecuentes discusiones y enfrentamientos con los compañeros de trabajo; y aumento del consumo de tabaco, alcohol y/o abuso de drogas⁹. Citándose el comportamiento *depresivo perfeccionista*, junto con el *impulsivo y desintegrado*, entre los vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia¹⁰.

Como se ha argumentado, el trabajo es un factor relevante a considerar por su incidencia en la salud mental. De hecho, «los médicos del trabajo y los "psiquiatras" en sentido amplio, los psicólogos, los psiquiatras, los psicoanalistas son los primeros que han destacado y analizado la dimensión mental como la componente principal del sufrimiento en el trabajo (Dejours, 1998; Clot, 1999)»¹¹.

En Japón, a título de ejemplo, la proporción de casos de suicidio entre trabajadores que solicitaron una indemnización por trastornos mentales era del

6. Otros modelos que esta doctrina identifica, y la que nos remitimos para su descripción, son los siguientes: el suicidio como proceso (Van Heeringen, K et al., 2003); el modelo estresor diátesis (Oquendo, MA et al., 2004), complementado por Carballo, J et al. (2008); o el modelo clínico-bioquímico de Fawcett et al. (1997). MARTÍNEZ PLAZA, C. A., «El estrés laboral...» (y II), pp. 39 y 40.
7. MARTÍNEZ PLAZA, C. A., «El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (I)», Gestión Práctica de Riesgos Laborales, núm. 74, 2010, p. 16.
8. Véanse, a título de ejemplo, los señalados por MARTÍNEZ PLAZA, C. A., «El estrés laboral...» (y II), p. 41.
9. MARTÍNEZ PLAZA, C. A., «El estrés laboral... (I)», p. 18.
10. Según la categorización de Orbach (1995) FERNÁNDEZ LIPORACE, M. Y CASULLO, MARÍA MARTINA, «Validación factorial de...», pp. 11 y 12.
11. BAUDELOT, C., «Suicides au travail...», pp. 47 y 48.

60% en 1999, porcentaje que ha disminuido sustancialmente debido al aumento del número total de reclamaciones, pero que se mantiene en torno al 15% desde el año 2007. La proporción de casos de suicidio a indemnizar también ha disminuido, pero se mantiene cerca del 20%¹². Y eso siendo conscientes de la denunciada infradeclaración del suicidio, contando, eso sí, la realidad japonesa con sistemas de detección más sensibles.

Relevancia del trabajo sostenida incluso en los supuestos en que la enfermedad mental se padece previamente al mismo, y no obstante las serias dificultades de integración del enfermo mental en el ámbito laboral. Dificultades motivadas por tres factores fundamentales, siguiendo a Valdés Alonso: en primer lugar, en función de la sintomatología, el tratamiento y el consiguiente nivel de deterioro cognitivo del enfermo, existe una merma de su capacidad y habilidades para el desarrollo de una actividad remunerada; en segundo término, en este colectivo son frecuentes la pérdida (o inexistencia) de hábitos de trabajo, la falta de motivación o el miedo hacia experiencias que puedan interpretarse como frustrantes; y, por último, es un hecho constatado que en la población persisten actitudes de estigmatización, discriminación y falta de respeto hacia los que sufren alteraciones o discapacidades mentales lo cual, en el orden socio-laboral, se traduce en una barrera de acceso al empleo y la ocupación de este colectivo, así como en una causa fundamental de extinción de la relación laboral¹³. Las personas con problemas de salud mental padecen, en fin, violaciones de sus derechos humanos, el estigma social y la exclusión, así como la «auto-marginación» que afecta a su propia autoestima¹⁴.

Esta prevalencia de la salud mental no obsta, como evidencia el Plan de la OMS y hemos podido anticipar, que «además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo, dolor crónico o trastorno emocional agudo»¹⁵. Y tampoco permite desconocer que salud mental y física están claramente relacionadas entre sí, de manera que el padecimiento de una compromete y tienen efectos sobre la otra¹⁶. Afirmando con —a nuestro entender— acierto Álvarez Tejedor que la salud laboral es proporcional —no una adición— a la salud física y a la salud mental. Y explica que en lugar del signo «+» se decanta por el signo proporcional «∝» porque de otro modo una excelente salud física y una deficiente salud mental podrían dar como resul-

12. YAMAUCHI, T., YOSHIKAWA, T., TAKAMOTO, M., SASAKI, T., MATSUMOTO, S., KAYASHIMA, K., TAKESHIMA, T. and TAKAHASHI, M., «Overwork-related disorders in Japan: recent trends and development of a national policy to promote preventive measures», *Industrial Health*, 2017, p. 295.
13. VALDÉS ALONSO, A., «Trabajo, discapacidad y...», p. 2.
14. *Ibidem*, pp. 9 y 11.
15. OMS, *Plan de acción integral...*, página 13.
16. WYNNE, R., DE BROECK V., VANDENBROEK, K., LEKA, S., JAIN, A., HOUTMAN, I., MCDAID, D. y AH-LA PARK, *Promover la salud mental...*, p. 14.

tado una salud laboral media. Esto no sería posible si atendemos razonablemente a ambas¹⁷.

Posiblemente una de las razones de la insuficiente, a nuestro modo de ver, atención normativa del suicidio laboral, que no deja de ser un posible desenlace de una causalidad que es la que en realidad merece una mayor atención¹⁸, es que aquella complejidad descansa sobre extremos, laborales y no, tardíamente atendidos.

Precisión al margen, la adecuada atención al suicidio se ve perjudicada por la constatable demora en incorporar la salud mental a la vigilancia y protección de la salud humana en general. Nuestro ordenamiento, sabido es, participa de una doble línea de ordenación de la salud laboral, específicamente como tal en el ámbito preventivo y como parte de la cartera de servicios de la prestación de salud pública general. Es decir, en otras palabras, la salud laboral es salud pública.

Pero incluso en esta última normativa general es preocupante, en lo que nos interesa, la tardía atención a la salud mental, culminada en ambos niveles, de atención primaria y especializada, con la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS (BOE, 29-V). Las carteras de servicios de atención primaria y especializada de nuestro Sistema Nacional de Salud incluyen la atención a la salud mental, precisando el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE, de 16-IX) que esta atención a la salud mental incluye la actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital tanto a nivel especializado (anexo III) como de atención primaria (anexo II) coordinadamente.

17. En sus propias palabras «he omitido deliberadamente la tentación de que la salud laboral es la suma de ambas y con ello poner el signo "+" en lugar del signo proporcional "∞". La salud laboral es proporcional a la salud física por un lado y por otro a la salud mental. No vale decir, que tengo una organización con una salud laboral de 10 porque su salud física es de "10" y la salud mental me importa "0". El resultado con la fórmula propuesta sería cero. Nuestra aspiración y objetivo debe deber ser una salud laboral de 100, con la máxima puntuación en ambas. La salud mental y física están a su vez totalmente relacionadas, aunque los síntomas se manifiesten de distinta forma y acabaran influyendo tarde o temprano la una en la otra y viceversa. El daño sobre la salud mental a medio y largo plazo será letal sobre la persona y la sociedad». ÁLVAREZ TEJEDOR, T., «Trabajar para morir...», pp. 272.

18. De hecho, más allá de la prevención del suicidio motivada por una mala organización del trabajo, ha de corregirse ésta como determinante de cualquier tipo de deterioro de la salud física o psíquica del trabajador pues «el suicidio es el resultado extremo, pero es obvio que antes del mismo el trabajador que decide tomar esa decisión ya ha padecido graves daños físicos y/o psicológicos en su salud». <https://wilfredosanguinetti.wordpress.com/2010/01/16/el-suicidio-como-riesgo-laboral-escribe-maria-luisa-martin-hernandez-a-partir-del-caso-renault/>. Consultado el día 5 de junio de 2024.

Insuficiencias, demora, en la atención prestada a la salud mental que resultan aún más graves como consecuencia del empeoramiento de la situación propiciado en su momento por la COVID-19. Situación que, más allá del grado, y dado el advertido carácter procíclico del suicidio, puede reiterarse.

Una atención al suicidio que, desde la perspectiva de la salud mental, se ha venido tardíamente a prestar por la UE y las distintas estrategias estatales, como nuestra Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026, entre otras. Nuestro SNS disponía de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el año 2006, actualizada para el período 2009-2013, pero se decidió reorientar su tratamiento, integrándose en la Estrategia de Salud Mental¹⁹.

Una tardía integración de la perspectiva de la salud mental que sin duda lastra el tratamiento jurídico de esta materia y que no es exclusiva de nuestro ordenamiento, ni desde luego únicamente propia de la aproximación general a la salud. Sino que también se da en la propia y autónoma óptica de la salud laboral.

La transposición en Derecho francés de la Directiva marco mediante la Ley del 31 de diciembre de 1991 centró también la prevención principalmente en la salud física. Hubo que esperar a la Ley de modernización social del 17 de enero de 2002, con un capítulo dedicada a la lucha contra el acoso moral en el trabajo, para su extensión a la salud mental. Considerando, entre otros aspectos, que la misión del médico del trabajo es evitar «cualquier alteración de la salud física y la salud mental de los trabajadores como resultado de su trabajo» (artículo L. 4622-2 del Código de Trabajo)²⁰. Y es la Sentencia de 10 de diciembre de 2002 del Tribunal de Asuntos de Seguridad Social (TASS) la primera en asumir que los ataques a la salud mental, como un shock emocional tras un malestar, un ataque de ansiedad, un altercado o un atentado, puedan ser reconocidos como accidente de trabajo²¹.

19. VILLALBA PEROJIL, M.^a J., «La prevención del suicidio un desafío desde el trabajo social sanitario», *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar*, ISSN 1578-3103, núm. 4, 2023, p. 48.

20. LEROUGE, L., «Le suicide lié...», 70-71.

21. Destacar, entre otros pasos, la Ley n.º 2002-73, de 17 de enero de 2002, sobre modernización social, que añadió al Código del Trabajo la obligación del empleador de proteger la salud mental de sus empleados, además de su salud física; los planes nacionales de salud ocupacional, que desde el segundo, años 2010-2014, atienden los riesgos psicosociales; los acuerdos interprofesionales de 2 de julio de 2008, que enmarca el estrés en el trabajo, y de 26 de marzo de 2010, que hace lo propio con el acoso y la violencia en el trabajo; o el acuerdo nacional interprofesional (ANI) sobre la calidad de vida en el trabajo, firmado el 19 de junio de 2013, que define la calidad de vida en el trabajo en base, sobre todo, a las condiciones objetivas de realización del trabajo. DESPRAT, D., BAUDELLOT, C., DEBOUT, M., WATERS, S., LEROUGE, L., «Les suicides liés...», pp. 29 a 32.

Sobre aquella Ley del año 2002 también se ha afirmado²² que completó la construcción de la integración de la salud laboral como una parte de la protección de la salud en general, incluyendo en el Código Laboral la noción de «salud física y mental», tanto en la obligación de seguridad del empresario como en las competencias de los agentes de salud laboral.

Doctrina que subraya una idea relevante y perfectamente extrapolable a cualquier realidad estatal de la UE. Y es que el espíritu del texto de la Directiva Marco de 1989 reside en establecer el innovador principio de adaptación del trabajo al individuo y no a la inversa, de forma que el trabajo ha de diseñarse para condiciones física y mentalmente aceptables. El deber general de prevención del empleador incluye la salud física y mental, también desde luego en Francia (art. L. 4121-1 Code du Travail).

Una atención a la salud mental que, en fin, se ve incentivada por las amenazas más recientes, como las advertidas por la Comisión Europea en el COM (2020) 64 final «Informe sobre las repercusiones en materia de seguridad y responsabilidad civil de la inteligencia artificial, el internet de las cosas y la robótica» cuando señala que el «comportamiento» futuro de las aplicaciones de IA podría generar riesgos para la salud mental de los usuarios, derivados, por ejemplo, de su colaboración con robots y sistemas con IA humanoide, en entornos de trabajo. El nuevo Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial y por el que se modifican una serie de Reglamentos (DOUE, núm. 1689, de 12-VII) constituye desde luego un ineludible punto de partida en este específico ámbito²³.

5.2. LA ATENCIÓN, NORMATIVA Y NO, AL RIESGO PSICOSOCIAL

Los daños derivados de la organización del trabajo lo son de manera relevante a la salud mental del trabajador²⁴. Comprendiendo que el suicidio acaece fundamentalmente como consecuencia de un trastorno mental, es clara la

22. LEROUGE, L., «Risques psychosociaux et qualité de vie au travail: une articulation au prisme du droit et d'une approche éthique», *Sciences & Bonheur*, 2020. *Bien-être au travail: Concepts, méthodes et pluridisciplinarité*, 4, págs.73-85. En concreto, la idea se expresa en las pp. 77 y 78.

23. Un análisis sobre esta materia y su incidencia en prevención de riesgos laborales puede consultarse en LLORENS ESPADA, J., *Límites al uso de la Inteligencia Artificial en el ámbito de la salud laboral*. ISBN 978-84-19446-85-5. Las Rozas (La Ley), 2023, 252 páginas.

24. Una depurada relación de factores de riesgo laborales conducentes al suicidio del trabajador a la luz del pormenorizado análisis de, en particular, nuestra doctrina de suplicación puede consultarse en FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J. y PRIETO PADÍN, P., «Trabajo y suicidio...», pp. 230 y ss. Algunos ejemplos son los siguientes: la STSJ Extremadura, de 14 de diciembre de 2010 (Rec. 524/2009) reconoce el estrés, trastornos depresivos que encajan con el síndrome del trabajador quemado, como causa del suicidio; suicidio resultante del

importancia de los riesgos psicosociales en relación con nuestro objeto de estudio. Se hable de riesgos psicosociales como categoría general o de los específicos riesgos que tienen esta condición y que son más habituales, tales como el estrés, la violencia y el acoso.

La atención a los riesgos psicosociales se ha acentuado enormemente en los últimos tiempos, tanto en el plano internacional como europeo y, por supuesto, estatal. Unos riesgos psicosociales que están acaparando la atención normativa, si bien más centrada en su invocación que en su precisa delimitación, como veremos. Más allá de lo normativo, las referencias a considerar crecen exponencialmente. Y lo hacen sin salvar el advertido escollo conceptual. Y sin deslindar suficientemente estos riesgos frente a otras categorías de riesgos, sobre lo que profundizaremos en apartados ulteriores.

Según autorizada doctrina, la legislación en riesgos psicosociales, cuando existente, se enmarca bien en la legislación sanitaria, abarcando *factores de riesgo intralaboral y extralaboral*; bien, como acaece en los Estados Miembros de la Unión Europea, en el Derecho Laboral y las leyes de prevención de riesgos laborales, focalizadas en el medio laboral²⁵.

Cierto es que esta afirmación puede verse en cierto modo superada por el entendimiento de que, como sucede en nuestro país, la salud laboral es desde el punto de vista sanitario salud pública y la normativa en prevención de riesgos laborales puede perfectamente ser entendida como parte de la legislación sanitaria de salud pública al tiempo que laboral.

Modelos que coexisten, además, con dos diferentes versiones de estos riesgos, según se atienda a su origen o a su resultado²⁶. Y existen manuales, como PRIMA-EF, que buscan un consenso entre ambas concepciones²⁷, si bien aquella última es criticada por autorizada doctrina partiendo de la idea de que «un riesgo es la probabilidad de sufrir un daño y, por lo tanto, éste no se puede definir ni clasificar por su resultado sino por su origen causal»²⁸.

estado psicológico generado por la incoación de un expediente disciplinario, STSJ de Cataluña de 26 de octubre de 2015 (Rec. 4319/2015); o, por último, suicidio consecuencia de la depresión por falta de adaptación a los cambios tecnológicos operados en el puesto de trabajo. Sentencia del TSJ de Cataluña de 30 de mayo de 2001 (Rec. 7542/2000).

25. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando sobre los riesgos psicosociales en el trabajo en la Unión Europea», p. 39. En AA.VV. (Correa Carrasco y Quintero Lima, coord.), *Los nuevos retos del trabajo decente: la salud mental y los riesgos psicosociales (Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 5, 8, 10)* ISBN: 978-84-16829-46-0, 173 páginas. Autor que cita como modelo de la primera legislación la Ley colombiana 1616, de 2013, Nacional de la Salud Mental, en virtud de la cual se dictó la Resolución 2646 de 2008, primera regulación en el mundo sobre riesgos psicosociales, y la más reciente Resolución 2404, de 2019.

26. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», p. 39.

27. *Ibid.*, p. 41.

28. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», p. 41.

Quizás por ello tiene «mayor predicamento en Europa... la que define los riesgos psicosociales por su origen, como la probabilidad de sufrir un daño a la salud como consecuencia de los modos o formas de organizar el trabajo y de las relaciones sociales o interpersonales que se desarrollan en el medio laboral»²⁹.

No obstante, otros países, como Canadá y Australia, definen estos riesgos por su resultado, «como riesgos psicológicos que atentan a la salud mental de los trabajadores», comprendiendo «todos los factores que pueden causar estrés laboral o un daño a la salud psíquica o mental en el trabajo», incluyendo «trastornos mentales causados por la exposición a agentes químicos, los causados por agentes físicos como la temperatura, el ruido o las vibraciones, los debidos a un mal diseño de las tareas del puesto o al inadecuado funcionamiento de los equipos de trabajo (...) o incluso también los debidos a los factores humanos de cada individuo y su propensión personal a sufrir trastornos psíquicos»³⁰. Existen, por ejemplo, alteraciones psíquicas por efectos tóxicos en exposiciones laborales³¹.

Más allá de esta importante cuestión conceptual, la atención a los riesgos psicosociales se debe en gran medida al impacto, advertido por ejemplo por el francés INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), de los cambios en el mundo laboral. Cambios tales como la creciente complejidad de las tareas, la reducción de los periodos de descanso, la individualización del trabajo y el aumento de las exigencias de los clientes. Impacto que, dice, ha hecho imprescindible tener en cuenta estos riesgos. Riesgos que pueden ser inducidos por la propia actividad o generados por la organización y las relaciones en el trabajo. Exposición a situaciones estresantes que puede tener consecuencias para la salud de los trabajadores, sobre todo en términos de enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, ansiedad y depresión, agotamiento e incluso suicidio³². Cambios de los que ya se ha hablado y se hablará más adelante.

INRS que divide estos factores en dos categorías principales, de las cuales se hace eco la negociación colectiva³³: indicadores relacionados con el funcionamiento de la empresa e indicadores de salud y seguridad de los empleados.

Entre los primeros, se citan los siguientes: horas de trabajo (tasa de absentismo, horas de trabajo anuales, horas de trabajo atípicas, trabajo nocturno, etc.);

29. *Ibid.*, pp. 39 y 40.

30. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», p. 40.

31. Así lo señalan VICENTE HERRERO, M.^a TEÓFILA, RUIZ-FLORES BISTUER, M. y TORRES VICENTE, A., «Las enfermedades mentales y...», p. 43.

32. Art. 3.2 Protocole d'accord négociation annuelle obligatoire 2018 GALITT, de 12 de noviembre de 2018.

33. *Accord pour la prevention des risques psychosociaux Alvanse Aluminium Service*, de 22 de septiembre de 2020, a título de ejemplo.

rotación del personal (tasa de rotación, motivos de baja, etc.); relaciones laborales (número de reuniones, acuerdos firmados, comunicación interna, etc.); y la formación y remuneración (número de horas de formación, remuneración en función del rendimiento, etc.).

Entre los segundos, se refiere los siguientes: accidentes laborales (índice de frecuencia, índice de gravedad, duración media de las bajas, etc.); enfermedades profesionales (número, motivos, etc.); situaciones graves (número de suicidios, acoso, violencia física interna o externa, etc.); situaciones de deterioro (denuncias de acoso, agresiones verbales, destrucción de material, etc.); estrés crónico (número de dolores de cabeza, problemas de sueño o digestivos, malestar en el lugar de trabajo, etc.); y actividad de los servicios de salud laboral (visitas a la enfermería, número de casos de incapacidad laboral, adaptaciones del puesto de trabajo, etc.).

Repasemos sin ánimo de exhaustividad algunas de aquellas mentadas referencias con la intención de destacar la trascendencia de estos riesgos. Referencias que, podrán adivinar, no presentan un panorama del todo homogéneo de lo que por tal riesgo psicosocial ha de entenderse. Un problema conceptual que ha sido advertido no sólo respecto de la categoría genérica, sino también en relación con algunos riesgos psicosociales específicos, como denunciara por ejemplo la ITSS en relación con el acoso laboral —antes de la entrada en vigor del relativo Convenio de la OIT—.

Se atribuya o no a la Norma ISO 45003 «Gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Seguridad y salud psicológicas en el trabajo. Directrices para la gestión de los riesgos psicosociales» la condición de verdadera conceptualización estandarizada de los mismos, su relevancia es incuestionable³⁴. Descendiendo a riesgos más específicos, destacar desde esta misma óptica internacional el Convenio OIT núm. 190 de 2019, sobre la violencia y acoso en el trabajo, sobre el que más adelante volveremos.

34. Disponible en <https://www.une.org>. ISO 45003 que, según advierte, ha de ser utilizada junto a la Norma ISO 45001, que contiene requisitos y orientación sobre la planificación, implementación, revisión, evaluación y mejora de un sistema de gestión de la SST. ISO 45003 que relaciona los peligros psicosociales con la forma en que se organiza el trabajo, los factores sociales en el trabajo y los aspectos del ambiente de trabajo, los equipos y las tareas peligrosas. Que, a su vez, relaciona el riesgo psicosocial con el potencial de estos tipos de peligros de causar diferentes resultados en la salud, la seguridad y el bienestar individuales y en el desempeño y la sostenibilidad de la organización. Tiempo antes de la misma, el proyecto PRIMA-EF, financiado por la Comisión Europea, propuso un marco europeo para la gestión de los riesgos psicosociales. Como parte de esta labor, realiza una recopilación de los diez tipos principales de peligros psicosociales existentes en el lugar de trabajo. Riesgos cuya identificación y evaluación puede efectuarse mediante la aplicación del método denominado ISTAS21(CoPsoQ). Entre otra doctrina que aborda el análisis de estos riesgos cabe citar, por ejemplo, a ARRIETA IDIAKEZ, F. J., «Negociación colectiva y prevención de riesgos psicosociales», *Lan Harremanak*, 2020, 44, pp. 241 a 254. ISSN 1575-7048-eISSN 2444-5819.

La intervención de la Unión Europea en el ámbito de los riesgos psicosociales lo es mediante el diálogo social europeo —fundamentalmente, con los Acuerdos marco sobre estrés laboral (2004), violencia y acoso (2007) y las directrices sobre violencia de terceros (2010), que comentaremos en los apartados específicos destinados a estas materias— e iniciativas de la Comisión, incluyendo en relación con estas últimas las acciones de promoción e investigación de EU-OSHA desde 2002 y la labor del Comité Europeo de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo. Iniciativas de la Comisión que comprenderían la Comunicación de la Comisión Europea de 10 de enero de 2017 sobre «Trabajo más seguro y saludable para todos. Modernización de la legislación y las políticas de la UE de salud y seguridad en el trabajo». Y entre las que destacan las estrategias europeas de seguridad y salud en el trabajo partiendo del año 2002 y diversas Directivas³⁵.

Destacamos el actual Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. El mismo parte, a estos efectos, de apuntar algunos datos, tales como que los problemas de salud mental afectaban a unos 84 millones de personas en la UE ya antes de la pandemia o que la mitad de los trabajadores de la Unión consideran que el estrés es habitual en su lugar de trabajo, afectando a casi el 80 % de los directivos. Señala, además, que estos riesgos, entre otros, se ven acrecentados por el impulso del teletrabajo. E identifica los proyectos de la Comisión existentes en aras a favorecer la salud mental, establece la necesidad de elaborar una base analítica, herramientas electrónicas y guías para las evaluaciones de riesgos relacionadas con los empleos y procesos verdes y digitales, incluyendo, en particular, los riesgos psicosociales y ergonómicos.

Propone además este Marco la intensificación por parte de los Estados de la supervisión y la recopilación de datos en lo que se refiere a la situación de los riesgos mentales y psicosociales en todos los sectores. En línea con su advertida difícil visibilidad. Y a los interlocutores sociales que adopten medidas y actualicen los acuerdos existentes a nivel transectorial e intersectorial con el fin de abordar nuevas cuestiones de salud y seguridad en el trabajo relativas al mercado laboral digital, en particular los riesgos psicosociales y ergonómicos, de aquí a 2023. Como veremos, el panorama de la negociación colectiva sigue siendo pobre en lo que nos interesa.

Dejando atrás el Marco Estratégico, no se cuenta con la demandada Directiva específica en riesgos psicosociales. No obstante, la Directiva 2003/88 sobre Ordenación del Tiempo de Trabajo, se ocupa en definitiva de uno de los factores psicosociales más reconocidos si bien «su contenido no tiene en cuenta los principios de la gestión preventiva de la Directiva Marco 89/391/CEE»; y también inciden en este ámbito las Directivas que regulan el acoso dentro de las conductas discri-

35. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», pp. 42 a 48.

minatorias contrarias al derecho a la igualdad de trato³⁶. Y ello sin olvidar la Directiva 2010/32/UE del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU (DOUE, 1 de junio), que menciona expresamente la gestión de los riesgos psicosociales, traspuesta mediante la Orden ESS/1451/2013 mencionando estos riesgos.

La lacónica referencia a la violencia y acoso en los considerandos 50 y 51 y desarrollo en el art. 12 de la Directiva relativa a la protección de los trabajadores de plataformas no cambia, desde luego, esta situación. Y más allá de algunas interesantes reflexiones sobre la evaluación de riesgos y las consecuencias para la salud de los trabajadores no incluye aportaciones de gran calado, pendiente en todo caso de su necesaria transposición.

Subrayar también, como última referencia de este ámbito, que la *Guía para evaluar la calidad de las evaluaciones de los riesgos y las medidas de gestión del riesgo con respecto a la prevención de los riesgos psicosociales* del Comité Europeo de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo (SLIC), publicada en el 2018, parte de establecer que esta evaluación psicosocial debe seguir las mismas pautas y criterios que la evaluación general de riesgos, afectando a todos los trabajadores, si bien entre sus particularidades cualificada doctrina destaca que estos riesgos se tienen que identificar, valorando qué factores psicosociales han devenido factores de riesgo psicosocial, y evaluar, señalando el grado de gravedad (y de prioridad en la intervención) de los factores de riesgo identificados, contratando una diversidad de fuentes de información y siendo las unidades de análisis en que se estructura la evaluación las agrupaciones de puestos de trabajo expuestos a los mismos riesgos psicosociales. Evaluación que no ha de olvidar factores psicosociales como la violencia de terceros, el trabajo en solitario, la conexión continua al trabajo durante 24 horas al día y 7 días semanales (24/7), etc. Subraya también la participación en la evaluación de los delegados de prevención y su consulta antes de elaborar el plan de medidas³⁷.

Si nos centramos en los distintos EE.MM. de la UE autorizada doctrina los clasifica diferenciando Estados con regulación mínima y reconocimiento implícito, entre los que cabría citar Reino Unido y España; Estados con una regulación parcial, normalmente apoyada por normas no vinculantes o de soft law, como Francia

36. Ibídem, pp. 42 y 43. Partiendo del derecho originario de la Unión y proyectándose en la Directiva 2000/78, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, y en la Directiva 2002/73, que posteriormente se refundió en la Directiva 2006/54, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación, que estableció las definiciones de acoso sexual y por acoso por razón de sexo. Derecho originario que según el autor comprende los arts. 2, 3.2, 9 y 21 TUE y arts. 8, 153.i), 157 y la declaración n.º 19 del anexo TFUE. Aunque habría que sumar las referencias de la CDFUE citadas en otro apartado de esta obra.

37. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», pp. 47 y 48.

e Italia; y otros con una regulación específica sobre riesgos psicosociales, Bélgica y Suecia —en este caso con la Ordenanza AFS 2015-4 sobre aspectos organizativos y sociales en el trabajo— clásicamente citados³⁸.

Debido es, por tratarse de nuestra propia realidad estatal —siguiendo la advertida clasificación correspondiente al primer modelo de Estado— prestar atención a las referencias del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE, 31-I).

Su artículo 34 establece que «a efectos de determinación de las capacidades y aptitudes necesarias para la evaluación de los riesgos y el desarrollo de la actividad preventiva, las funciones a realizar se clasifican» en tres grupos, funciones de nivel básico, intermedio y superior. Incluyendo en estas las correspondientes a cuatro especialidades preventivas: medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial, y ergonomía y psicología aplicada. Además, su anexo VI exige para desempeñar las funciones de Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales la inclusión en el programa formativo, entre otros, de conocimientos de psicología aplicada. Es decir, estos factores psicosociales se reconocen como factores de riesgo.

Amén de ello cabe comentar las ya mentadas *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales* del INSST del año 2022 que, si bien no incluyen mención alguna al suicidio, están llamadas a contribuir a la identificación de los factores de riesgo psicosocial, tal y como se ha expuesto, y a precisar la evaluación de los mismos. Directrices en las que profundizaremos en el siguiente epígrafe.

Y también es preciso prestar atención a los criterios técnicos³⁹ de actuación para la implementación de las obligaciones derivadas de la LPRL, tales como el 69/2009, sobre las actuaciones de la ITSS en materia de acoso y violencia en el trabajo o el 104/2021, sobre actuaciones de la ITSS Social en riesgos psicosociales.

Este *Criterio Técnico 104/2021* aborda las actuaciones de control de la gestión preventiva de los riesgos psicosociales, orientando la actuación de la ITSS en relación con los riesgos psicosociales⁴⁰.

38. *Ibidem*, pp. 52 a 60. España también sería un ejemplo de esta forma mínima de actuar, pero con peores resultados. Se traspuso la definición del acoso discriminatorio de la Directiva 2000/78 en el Art. 28 de la Ley 62/2003 de medidas de acompañamiento a la Ley de Presupuestos de 2004 y posteriormente el Art. 7 de la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres transcribió las definiciones de acoso sexual y por razón de sexo de la Directiva 2002/73 o 2006/54. La única aportación propia en esta materia fue la nueva redacción del Art. 173 CP para incluir el delito de grave acoso laboral en 2010 y rebajar en este caso a la mitad la pena prevista por este artículo para las conductas generales de trato degradante.

39. Disponibles en <https://www.mites.gob.es>

40. *La Comunicación de la Comisión Europea de 10 de enero de 2017 sobre Trabajo más seguro y saludable para todos*, tiene una preocupación especial por estos riesgos psicosociales y la

El Criterio analiza ⁴⁰ rasgos específicos y comunes con el resto de evaluaciones de riesgos. En común, estableciendo que puede efectuarse dentro de la evaluación de riesgos general, dada la interacción entre los distintos riesgos, o por separado, por puestos de trabajo, secciones o centros de trabajo. Como particularidades a tener en cuenta, se habla de la identificación y valoración de los factores de riesgo; de las fuentes de información a considerar; de la protección de la intimidad y confidencialidad de los datos; de la elección del procedimiento y método/s de evaluación; del uso de métodos más simplificados en pequeñas empresas; y de las unidades de análisis.

Advierte también este Criterio que la actuación inspectora sobre estos riesgos psicosociales se estructura en tres partes: actuaciones de control de la gestión preventiva de los riesgos psicosociales; actuaciones motivadas por denuncias, normalmente, de conductas de acoso moral o psicológico; y actuaciones sobre los daños a la salud y AT. El Anexo III del Criterio, a cuya consulta en profundidad nos remitimos, recoge un listado de factores de riesgo más frecuentes por sectores de actividad (hostelería, sanidad, trabajo social, educación, administración pública, *call center*, transporte, construcción, comercio e industria).

El Criterio señala, además, que, no obstante, los pasos dados, sigue sin contarse con un concepto unívoco de acoso laboral en los pronunciamientos judiciales. No existe una Jurisprudencia del TS que defina el acoso moral o psicológico, sobre todo, en lo que afecta al elemento subjetivo de la intencionalidad del sujeto activo —las SSTC 56/2019 y TJUE (asunto Micaela Curto, de 13.07.2018) señalan que el acoso debe ser deliberado y no fruto de hechos accidentales—. Confiamos en que la entrada en vigor del Convenio 190 OIT contribuya a cambiar esta situación, definición de acoso sobre la que volveremos en breve.

En Francia, ejemplo de Estado «con una regulación parcial normalmente apoyada por normas no vinculantes», los trabajos del *Collège d'expertise sur les RPS* dirigidos por Michel Gollac y Bodier (2011) concluyen en un informe coor-

40. atención a la diversidad y encomienda al Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo la elaboración de un procedimiento para valorar la calidad de las evaluaciones y de las medidas de gestión del riesgo en los riesgos psicosociales. Resultado de este mandato legal el Comité elabora en el año 2018 los Principios que han de guiar la actuación de la Inspección para atender la citada diversidad y una Guía a los efectos de valorar evaluación y medidas de gestión de los riesgos psicosociales. Instrumentos que se adaptan a nuestra realidad a través del *Criterio Técnico 104/2021, sobre Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Riesgos Psicosociales*, manteniendo la vigencia del *Criterio Técnico 69/2009 sobre Acoso y Violencia en el Trabajo* y también el *Criterio Técnico 87/2011 sobre Prevención de Riesgo de Atraco en los Lugares de Trabajo*. La Guía contempla tres vertientes: las actuaciones inspectoras de control de la prevención de los riesgos psicosociales; ante denuncias relativas a los mismos; y por daños a la salud resultantes de su actualización.

dinado por los mismos y presentado en 2011⁴¹ que define los riesgos psicosociales como «los riesgos para la salud mental, física y social, causados por condiciones de empleo y factores organizativos y relacionales susceptibles de interactuar con el funcionamiento mental»⁴². *Una definición que, cabe a preciar, no concede tamaño protagonismo a la salud mental, que resulta ser una de las posibles dañadas conjuntamente con la física y «social». Un concepto el de «social» en el que, si diferenciado de daño físico y mental, habría que profundizar, aunque podría meramente intuirse que es un simple estadio intermedio que podría —o no— conducir a uno de aquellos.*

De particular interés es, exponente del tercer grupo de Estados, la regulación existente en Bélgica. Como afirma la OIT y recuerda la doctrina, algunos ordenamientos como el belga y, en especial, los países nórdicos (Dinamarca, Suecia Noruega, Finlandia e Islandia) «han liderado el reconocimiento de los riesgos psicosociales y los problemas de salud mental vinculados al trabajo, a través del desarrollo de leyes sobre el medio ambiente de trabajo, instauradas desde fines de la década del 70 hasta la fecha»⁴³.

La transposición de la Directiva Marco dio lugar en Bélgica a la Ley del 4 de agosto de 1996, relativa al bienestar de los trabajadores durante el desempeño de su trabajo⁴⁴. Frontispicio de su legislación en materia de prevención de riesgos laborales que ha sido completado por un centenar de decretos⁴⁵. Y que en el año 2014 se modificó incluyendo una definición de los riesgos psicosociales⁴⁶.

Esta regulación específica de los riesgos psicosociales viene dada por la reforma de la Ley de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo de 2014 y, más concretamente, a través del Real Decreto de 10 de abril de 2014 sobre la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. La norma define los riesgos psicosociales incidiendo en el resultado dañoso para la salud mental de los trabajadores, abordando la gestión sin describir detalladamente los factores de riesgo psicosocial más relevantes. Y también describe de forma exhaustiva, ante la

41. GOLLAC, M. et BODIER, M., *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*. 223 páginas. Disponible en <https://travail-emploi.gouv.fr/> Consultado el 15 de noviembre de 2023.

42. *Ibid.*, p. 13.

43. VELOSO, CORRADI & CANALES, «Suicidio y Trabajo...», p. 88.

44. *Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, Moniteur Belge, 18 sept. 1996.*

45. Una breve descripción sobre la prevención de riesgos laborales en Bélgica puede ser consultada en MTES, *Actualidad Internacional Sociolaboral*, núm. 178, abril de 2014, pp. 133 a 138. Disponible en <https://www.mites.gob.es/es/mundo/Revista/> Consultado el 15 de diciembre de 2023.

46. *Loi du 28 févr. 2014 complétant la loi du 4 août 1996 quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail, MB du 28 avr. 2014; et arrêté royal du 10 avr. 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail, MB du 28 avr. 2014.*

demanda de intervención psicosocial de un trabajador, un protocolo que confiere protagonismo a los médicos del trabajo y a las llamadas *personas de confianza*, que actúan como asesores o mediadores informales ante las quejas por presunto acoso laboral⁴⁷.

Según esta legislación los riesgos psicosociales son «la probabilidad de que uno o más trabajadores sufran daños psicológicos, que también pueden ir acompañados de daños físicos, tras la exposición a componentes de la organización del trabajo, el contenido del trabajo, condiciones, condiciones de vida en el trabajo y relaciones interpersonales en el trabajo, sobre las que incide el empresario y que objetivamente entrañan un peligro»⁴⁸.

Un enfoque que sitúa el origen del riesgo en la organización del trabajo y el daño principalmente en la salud mental, en daños psicológicos, y secundariamente en daños físicos. Daños que, a diferencia de los mentales, pueden producirse o no como consecuencia de un riesgo psicosocial. Los daños psicológicos por el contrario definen la categoría.

Este enfoque belga de querer definir legalmente el riesgo psicosocial no parece tener equivalente en Europa, si bien la mencionada legislación sueca también es detallada y se detiene en los factores de riesgo psicosocial. Cierto es, y concluimos el apartado con esta idea, que «una definición legal corre el riesgo de situar los riesgos psicosociales dentro de un marco estricto»⁴⁹.

5.3. FACTORES, FACTORES DE RIESGO Y RIESGO DE SUICIDIO: UNA EXPLORACIÓN CONCEPTUAL DEL RIESGO PSICOSOCIAL COMO CATEGORÍA GENÉRICA

5.3.1. FACTORES CAUSANTES DEL SUICIDIO, FACTORES PSICOSOCIALES

En las muertes por suicidio suelen intervenir múltiples factores causales. Aunque se trata de una tarea compleja, a inicios de esta centuria se señaló que, probablemente, la mejor forma de estimar la contribución de factores de riesgo específicos es calcular lo que se conoce como *riesgo atribuible a la población* (*population attributable risk*, PAR por sus siglas en inglés). Criterio que «da una indicación del porcentaje de reducción de las tasas de mortalidad si se eliminara un factor determinado, supuestamente relacionado causalmente con el suici-

47. VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M., «Cómo se está legislando...», p. 55.

48. En el original: «la probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger».

49. LEROUGE, L. y GRAFTEAUX, G., «Santé au travail, risques psychosociaux et petites entreprises», *Revue de Droit du Travail*, 2015, núm. 11, p. 708.

dio»⁵⁰. Criterio que se ve acompañado en la actualidad, con toda probabilidad, por otros.

Los factores de riesgo no relacionados con el trabajo suelen estar más presentes que los factores relacionados con el mismo, aunque uno o varios de estos pueden presentarse⁵¹. Y, además, hacerlo de forma relevante en un número significativo de casos.

Admitida la trascendencia del trabajo en relación con el suicidio, esto es, en definitiva, su causalidad relevante, será preciso descender de nivel para tratar de identificar los factores de riesgo existentes en la prestación de trabajo y que entrañan riesgo de suicidio laboral. Labor en la que de uno u otro modo hemos ido recalando para asumir ahora directamente de lleno. Conviene tener presente para ello, una vez más, que el número de casos de suicidio relacionados con el trabajo, que no es marginal⁵², facilitaría esta tarea de ser formalmente accesible tal vínculo y su propia dimensión real.

Estudios epidemiológicos identifican categorías de factores que contribuyen al suicidio⁵³: exposiciones químicas; exposiciones físicas; condiciones psicosociales; largas jornadas laborales; empleo precario; exposición al suicidio, a otras muertes o a traumatismos en el trabajo; y experiencias adversas derivadas de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En realidad, la mayoría de estos factores transitan por la salud mental —gran crisol aglutinador de los mismos—, antes de desembocar en el suicidio. Se dice así, a título de ejemplo, que «algunas exposiciones químicas tienen vínculos plausibles con el suicidio a través de su asociación con mayores riesgos de depresión y ansiedad, como ciertas exposiciones a pesticidas, disolventes orgánicos y metales tóxicos». O que las «las exposiciones profesionales a condiciones físicas adversas en el trabajo como el ruido y los campos electromagnéticos (CEM), se han investigado como posibles factores de riesgo de suicidio..., *en particular* la exposición al ruido en el trabajo puede interferir con las tareas u

50. BERTOLOTE, J. M., «Suicide prevention: at what level does it work?», *World Psychiatry* 3:3, October 2004, p. 149. PAR que, siguiendo a este autor, por ejemplo, ha indicado que cabría esperar una reducción de las tasas de suicidio de entre el 9% y el 29% si se dirigieran a individuos con antecedentes familiares de suicidio y con trastornos por consumo de sustancias.

51. LAMONTAGNE, A. D., KING, T. et al., «Work-related suicide...», p. 10.

52. Cualificada doctrina apunta así que «los trastornos mentales son el principal factor de riesgo asociado al suicidio, aunque también se pueden identificar otros factores, por ejemplo: los dolores crónicos, los trastornos emocionales, el abuso de sustancias como alcohol y/o drogas, la pérdida de empleo o el estrés laboral y otros factores relacionados con el trabajo». FERNÁNDEZ AVILES, J. A. y MARTÍNEZ ÓRTIZ, S., «El suicidio en el...», p. 2.

53. Como se afirma en LAMONTAGNE, A. D., KING, T. et al., «Work-related suicide...», pp. 5 a 7.

otras actividades laborales, provocando a su vez cambios negativos en las emociones, efectos psicológicos y cambios de comportamiento»⁵⁴.

Cierto es que, en efecto, también las características del puesto y el entorno físico de trabajo son objeto de estudio como factores a considerar en el suicidio. Sobre todo, las exigencias del puesto de trabajo o el aspecto del entorno físico de trabajo⁵⁵, que plantea en gran medida las mismas implicaciones teóricas que el estudio de los estresores. La segunda característica más estudiada es el control del trabajo⁵⁶.

En definitiva, se produce una interacción entre estos factores que puede ser simultánea. Y también puede suceder, como acabamos de ver, que factores de una categoría antecedan y causen otros de categoría distinta.

Y, por ir centrando la discusión en el ámbito de lo psicosocial, a pesar de que «el papel desempeñado por las condiciones de trabajo o un episodio de desempleo en el suicidio de una persona es difícil de aislar», en la actualidad está bien documentado que factores vinculados a la organización del trabajo o ciertas prácticas de gestión pueden crear condiciones de trabajo estresantes y crean riesgos psicosociales⁵⁷. El suicidio «de empleados en empresas como Telsta en Australia, Renault, Peugeot, Thales y France Telecom en Francia, y FoxConn en China *señala* que la angustia psicológica de los empleados suele estar vinculada a las altas expectativas y exigencias de mayor rendimiento»⁵⁸.

En esta línea, atendiendo igualmente los episodios laborales más presentes en la doctrina judicial española y conducentes al suicidio de la persona trabajadora, la doctrina apunta como factores de riesgo los siguientes.

En primer lugar, el estrés laboral —algunas de las sentencias aprecian no obstante el carácter común de la contingencia—, con España entre los países de cabeza de la UE⁵⁹. Estrés que deriva en cuadro de ansiedad o depresión, indicando los estudios que el 80% de los suicidas presentan síntomas depresi-

54. *Ibidem*, p. 5.

55. Muchos autores han expresado su interés por las propiedades físicas del entorno de trabajo. A menudo, estas propiedades son específicas de una ocupación, como la exposición a ruido excesivo o los pesticidas. Estos estudios suelen conceptualizar estos aspectos como estresores, pero también pueden impedir la satisfacción de las necesidades esenciales. HOWARD, M. C., FOLLMER, K. B., SMITH, M. B., TUCKER, R. P. y VAN ZANDT, E. C., «Work and suicide...», p. 269.

56. *Ibidem*, p. 268.

57. CARRASCO, V., CARRIERE, M., DESPRAT, D. y ULRICH, V., «Synthèse», p. 11.

58. GERMAIN, M-L., «Work-related suicide...», p. 151.

59. El resumen del informe PRESME advierte que «tras Grecia, Chipre, Albania, Rumanía y Turquía, España es el país europeo con mayor exposición a estrés/tensión laboral (una de cada tres personas trabajadoras, es decir, más del doble que los países nórdicos)» COMISIÓN DE PERSONAS EXPERTAS SOBRE EL IMPACTO DE LA PRECARIEDAD LABORAL EN LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA, Resumen del Informe PRESME *Precariedad laboral y...*, p. 26.

vos, siendo numerosas las sentencias que recogen este cuadro, tanto reconociendo el suicidio como contingencia profesional (a título de ejemplo, STSJ Comunidad Valenciana 2713/2008, de 1 de septiembre; STSJ Andalucía 65/2019, de 10 de enero; y STSJ Cataluña 4/2023, de 9 de enero) como común (entre otras, STS 5460/2009, de 10 de junio; STSJ Madrid 203/2016, de 4 de abril; STSJ País Vasco 135/2020, de 14 de enero)⁶⁰.

En segundo lugar, por acoso laboral o sexual (entre otras, STS 8112/2009, de 20 de octubre y STSJ de Cantabria 118/2023, de 27 de febrero)⁶¹.

En tercer lugar, por síndrome del quemado o *burnout* (STSJ de Cataluña 2848/2014, de 11 de abril)⁶².

Por último, por un trastorno previo que se agrava o un accidente de trabajo que deja secuelas (entre otras, STSJ de Andalucía 580/2011, de 3 de marzo; STSJ de Castilla-La Mancha 123/2016, de 2 de febrero; y STSJ de la Comunidad Valenciana 3596/2020, de 16 de octubre)⁶³.

5.3.2. FACTORES PSICOSOCIALES, FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y RIESGOS PSICOSOCIALES

En definitiva, el protagonismo de los factores de riesgo psicosocial originados en el trabajo parece indubitado. Nos aproximamos a continuación, por ello, a este concepto partiendo del de factores psicosociales. Y diferenciándolo del de *riesgos psicosociales*. *Diferencias que son, en muchos casos, difíciles de apreciar, incluso para consumados especialistas, yendo en tal sentido por delante la necesidad de homogeneizar las definiciones al uso, decantándose, en su caso, si fuere preciso por desechar alguna.*

Sentado lo anterior, es difícil pero cabe, como punto de partida, diferenciar *factores psicosociales*, «presentes en cualquier tipo de organización, *tratándose* de condiciones organizacionales generales como pueden ser la maquinaria, la tecnología o las plantillas de la empresa o la organización»; *factores de riesgo psicosocial*, que «aparecen cuando los factores organizacionales no se formulan correctamente y generan una carga indebida o un procedimiento inadecuado en el funcionamiento de la organización»; y *riesgos psicosociales*, «riesgos laborales que tienen una alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los

60. LÓPEZ FERNÁNDEZ, R., «El encaje del...», pp. 77-80. Esta doctrina identifica (pp. 83-84) como supuesto autónomo la incertidumbre ante la posibilidad de ser despedido. Si bien se ejemplifica en la STSJ de Extremadura 603/2009, de 14 de diciembre, causante de un cuadro depresivo, y en la STSJ de Cataluña 1600/2017, de 3 de marzo, concurriendo una crisis de ansiedad. Por ello considero más adecuada su sistematización en este apartado al considerar tal incertidumbre como generadora del diagnóstico expuesto.

61. *Ibidem*, pp. 80-82.

62. LÓPEZ FERNÁNDEZ, R., «El encaje del...», pp. 82-83.

63. *Ibidem*, pp. 84-86.

La presente monografía aborda el suicidio vinculado al trabajo. Y lo hace erigiendo una construcción académica y práctica sustentada en una serie de pilares fundamentales, profundamente entrelazados entre sí.

Pilares que parten de la dificultad de conocer esta multifactorial realidad, analizando las razones de esta complejidad. Que parten, en particular, de la escasa e incompleta visibilidad estadística de la relación de los suicidios con la prestación de trabajo. Y que conducirán, a la postre, a apuntar las claves de una adecuada política y práctica preventiva al efecto. Claves que, a modo de fundada recomendación práctica, cierran su estudio. Y que se juzgan de indudable utilidad en el mundo de los operadores jurídicos laborales y, en particular, de los especializados en prevención de riesgos laborales.

Entre estos fundamentos o pilares, este libro aborda la compleja delimitación conceptual, tanto del mundo del suicidio, que va más allá de la diferenciación entre ideación suicida, tentativa y suicidio consumado, como del riesgo para la seguridad y salud laboral, diferenciando la noción de «riesgo» de las de «factor» y «factor de riesgo». Y también aborda el huidizo concepto de «riesgo psicosocial», incluyendo el análisis de sus manifestaciones más relevantes. Se detiene, además, en el denominado «acoso moral institucional», categoría esencial y que presenta en su horizonte un amplio desarrollo, tanto en nuestro país como a nivel comparado.

Considera, en segundo lugar, el sinuoso y difícil camino del reconocimiento del suicidio como contingencia profesional, teniendo presente la supuesta «voluntariedad» histórica, la difícil acreditación de la causalidad —no obstante el relevante instrumento de la autopsia psicológica— y la escasa e incipiente permeabilidad de la normativa laboral a la salud mental. Salud mental a la que se presta una insuficiente atención. Déficit de atención que, sumado a la indebidamente canalizada prestada a los riesgos psicosociales, se convierten en un serio óbice a superar.

Incluye, en fin, el estudio, una exposición de las prestaciones de trabajo particularmente expuestas a factores de riesgo conducentes al suicidio, así como de las vías para regular este suicidio vinculado al trabajo, partiendo de la trascendencia de la negociación colectiva, profundamente estudiada trayendo a colación los avances de los convenios colectivos franceses en la materia.

Tiene el lector en sus manos una obra que, para concluir, presenta una fisonomía completa, omnicompreensiva de una multiplicidad de aspectos y que siguiendo la tónica que caracteriza la obra del autor presta una especial atención a una construcción dogmática cerrada como sólida base para afrontar el casuismo de la realidad práctica.

ISBN: 978-84-1078-927-2

