

## LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LAS RELACIONES LABORALES: Derechos y deberes en una sociedad envejecida\*

### SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN THE CONTEXT OF LABOUR RELATIONS: Rights and Duties in an Ageing Society

**Ana Castro Franco**

*Profesora Ayudante Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*

*(acreditada como Profesora Contratada Doctora)*

*Universidad de León*

[acasf@unileon.es](mailto:acasf@unileon.es) ORCID [0000-0002-6834-3064](https://orcid.org/0000-0002-6834-3064)

Recepción de trabajo: 30-09-2025 - Aceptación: 22-10-2025 - Publicado: 31-10-2025

Páginas: 40-73

■ 1. LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA: DE ASIGNATURA PENDIENTE A PREOCUPACIÓN INCIPIENTE. ■ 2. LOS SUPUESTOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL INTRODUCIDOS POR LA LEY ORGÁNICA 1/2023: DERECHO A TRABAJAR SIN DOLOR. ■ 2.1. La protección insuficiente de la dismenorrea secundaria: una regulación con potencial transformador, pero sujeta a mejora. ■ 2.2. La incapacidad temporal por interrupción del embarazo y por gestación avanzada desde la semana 39ª: el equívoco de equiparar embarazo y enfermedad. ■ 3. DESPIDO DURANTE UN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD ¿OPERA LA NULIDAD DE MANERA AUTOMÁTICA? ■ 4. LA INCIDENCIA DE LOS REPROTÓXICOS EN EL LUGAR DE TRABAJO. ■ 4.1. Tóxicos para la reproducción femenina y masculina. ■ 4.2. Sustancias químicas reprotóxicas. ■ 4.3. Riesgos reprotóxicos de naturaleza no química: agentes biológicos, factores físicos y psicosociales. ■ 4.4. Medidas preventivas y de protección a raíz del Real Decreto 612/2024. ■ 5. CONCLUSIONES. ■ 6. BIBLIOGRAFÍA CITADA.

\* El presente trabajo ha sido efectuado en el marco de la estancia de investigación realizada por su autora en la Universidade Lusófona (Lisboa). El tutor de la estancia es el Prof. Mário Silveiro de Barros. Asimismo, entre los meses de abril a diciembre, se está participando como investigadora visitante en el Centro de Estudios Avanzados en Derecho Francisco Suárez (CEAD), una unidad de investigación científica en el área de las ciencias jurídicas y disciplinas afines, presidida por el Prof. Doctor José de Faria Costa.

## RESUMEN

El trabajo examina las vicisitudes jurídicas derivadas de la protección de la salud sexual y reproductiva en el ámbito laboral. Los nuevos supuestos de incapacidad temporal por contingencias comunes en caso de menstruación dolorosa, interrupción del embarazo y gestación en estado avanzado, obedecen a cuanto se ha denominado como “derecho a trabajar sin dolor”; no obstante, el diseño jurídico de estas situaciones especiales está sujeto a mejoras. Asimismo, se estudia la incidencia de los tratamientos de fertilidad y de situaciones como el aborto en la calificación de los despidos, haciendo hincapié en la respuesta del Tribunal Supremo ante posibles supuestos de discriminación por razón de sexo. Por último, la literatura científica ha puesto de relieve que numerosos peligros presentes en el entorno laboral pueden tener un impacto directo en la salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras, como los agentes químicos (de naturaleza orgánica e inorgánica) y los factores biológicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. El presente ensayo se centra en el análisis de dichos riesgos y de sus posibles efectos adversos desde la óptica de la seguridad y la salud en el trabajo, prestando especial atención a la exposición a nanomateriales y alterados endocrinos.

**PALABRAS CLAVE:** salud sexual y reproductiva, reprotóxicos, técnicas de reproducción asistida, dismenoreia secundaria, perspectiva de género.

## ABSTRACT

The paper examines the legal vicissitudes arising from the protection of sexual and reproductive health in the workplace. The new cases of temporary incapacity due to common contingencies in the event of painful menstruation, termination of pregnancy and advanced pregnancy are in line with what has been termed the ‘right to work without pain’; however, the legal design of these special situations is subject to improvement. It also studies the impact of fertility treatments and situations such as abortion on the classification of dismissals, emphasising the Supreme Court’s response to possible cases of sex discrimination. Finally, scientific literature has highlighted that numerous hazards present in the workplace can have a direct impact on the sexual and reproductive health of workers, such as chemical agents (organic and inorganic) and biological, physical, ergonomic and psychosocial factors. This essay focuses on the analysis of these risks and their possible adverse effects from the perspective of occupational safety and health, paying particular attention to exposure to nanomaterials and endocrine disruptors.

**KEYWORDS:** Sexual and Reproductive Health, Reprotoxic Substances, Assisted Reproduction Techniques, Secondary Dysmenorrhoea, Gender Perspective.

## 1. LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA: DE ASIGNATURA PENDIENTE A PREOCUPACIÓN INCIPIENTE

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la ONU celebrada en el Cairo definió la salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. El concepto abarca una amplia gama de dimensiones, incluyendo la prevención y el tratamiento de la infertilidad, el reconocimiento de la libertad individual para decidir si se desea o no tener hijos, la prevención de embarazos no deseados y la garantía de protección frente a todas las formas de violencia sexual. Estas cuestiones, al estar interrelacionadas, ponen de manifiesto que no se trata únicamente de un ámbito vinculado a la salud biológica, sino también a los derechos humanos, la autonomía reproductiva y la equidad de género. La Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos relaciona la salud sexual y reproductiva de las mujeres con el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de discriminación.

La incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, no solo ha modificado las dinámicas de participación económica, sino que también ha transformado de manera sustancial los patrones de maternidad. Una de sus consecuencias más visibles es el retraso en la edad de la maternidad, motivado tanto por la necesidad de consolidar trayectorias educativas y profesionales como por la búsqueda de estabilidad económica antes de afrontar la crianza. Este fenómeno ha contribuido de forma directa a la disminución de las tasas de natalidad observada en muchas regiones del mundo, particularmente en países industrializados. No obstante, la explicación del descenso de la natalidad no puede reducirse únicamente a la participación laboral femenina, pues concurren múltiples factores que interactúan y moldean las decisiones reproductivas. Entre ellos, destacan la precariedad e inestabilidad en el empleo, que dificultan la planificación familiar a largo plazo; la creciente preocupación por el impacto del cambio climático y la sostenibilidad del planeta, que ha llevado a parte de la población a replantearse la conveniencia de tener descendencia; así como las tensiones económicas y sociales, caracterizadas por el aumento del costo de vida, la desigualdad y las dificultades para compatibilizar la vida familiar con la profesional.

De hecho, el Dictamen del Comité Europeo de las Regiones, de fecha 16 de junio de 2016, ya calificaba al cambio demográfico como uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la Unión Europea, habida cuenta del envejecimiento de la población, la disminución del número de jóvenes y una baja tasa de natalidad<sup>1</sup>. Las políticas públicas de fomento de la natalidad suelen materializarse en la concesión de ayudas económicas, tanto directas como indirectas, a las familias con hijos.

<sup>1</sup> Dictamen del Comité Europeo de las Regiones, de 16 de junio de 2016, "La respuesta de la UE al reto demográfico (2017/C 017/08)", Diario Oficial de la Unión Europea.

El retraso en la maternidad y la disminución de la fecundidad se inscriben, así, en un marco más amplio de transformaciones sociales que incluyen la redefinición de los roles de género, la reorganización de los modelos familiares y el cuestionamiento de los paradigmas tradicionales de cuidado. Si bien, más allá de la maternidad, quedan en el tintero un largo elenco de cuestiones vinculadas con la salud reproductiva y tristemente relegadas en el debate público y académico.

Pues bien, la declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo (1998), en su versión enmendada en 2022, reconoce que todos los Miembros deben respetar, promover y hacer realidad los principios relativos al derecho fundamental a un entorno de trabajo seguro y saludable. El Comité que vigila el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer indica que los Estados asumen la obligación de respetar y proteger los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de recursos que han de estar disponibles, ser accesibles física y económicamente, y cumplir todos los estándares de calidad. La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, subraya la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos como parte esencial de la salud de las mujeres<sup>2</sup>. En este marco, vuelve a incidir en la definición de la salud sexual y reproductiva como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social vinculado a todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción. Asimismo, afirma que todas las personas tienen derecho a decidir libremente sobre sus cuerpos, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, y a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva que hagan efectivo dicho derecho.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3) se enfoca en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a cualquier edad. En concreto, la meta 3.7 pretende lograr, para el año 2030, el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar, la información y la educación) y su integración en las estrategias y programas nacionales.

En España, el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) y la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), han incorporado tradicionalmente determinadas previsiones relacionadas con la salud de las mujeres, centradas de forma casi exclusiva en los estados biológicos de embarazo, parto y posparto. Este marco debe complementarse con otros derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno, entre los que destaca la protección de la mujer embarazada frente al despido y frente a cualquier forma de discriminación laboral, ya sea en relación con la remuneración o con las condiciones inherentes a su puesto de trabajo. La Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, prohíbe la discriminación por razón de enfermedad, discapacidad, condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos.

2 Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres, Diario Oficial de la Unión Europea.



En paralelo, el anexo del Real Decreto 901/2020, de 13 de octubre, por el que se regulan los planes de igualdad, prevé un enfoque de salud laboral con perspectiva de género en aras a realizar el diagnóstico recopilando la información necesaria para medir y evaluar, a través de indicadores, cuantitativos y cualitativos, el impacto de las condiciones de trabajo en términos de igualdad. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres —a resultados de las modificaciones introducidas por la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual— hace mención expresa al deber de las empresas de promover condiciones de trabajo que eviten la comisión de delitos y otras conductas contra la libertad sexual, incidiendo en el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, incluidos los cometidos en el ámbito digital<sup>3</sup>.

Las entidades deben arbitrar procedimientos específicos para su prevención y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones formuladas por quienes hayan sido víctimas de estas conductas. Están obligadas a impulsar la sensibilización y ofrecer formación para la protección integral contra las violencias sexuales a todo el personal. Las organizaciones incluirán en la valoración de riesgos de los diferentes puestos de trabajo ocupados por trabajadoras la violencia sexual entre los riesgos laborales concurrentes, debiendo formar e informar de ello a las interesadas.

La Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia, recoge el guante al especificar que las entidades han de tener en cuenta las particularidades del trabajo a distancia, especialmente del teletrabajo, en la configuración y aplicación de medidas contra este tipo de conductas de acoso. De igual modo, el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, introdujo una disposición adicional decimoctava en la LPRL con el propósito de asegurar el derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, particularmente, en el ámbito de la prevención de la violencia contra las mujeres, teniendo en cuenta las características específicas del trabajo doméstico. Asimismo, el 21 de junio de 2019, la Organización Internacional del Trabajo adoptó en Ginebra el Convenio 190. España suscribió y ratificó este instrumento internacional, cuya publicación tuvo lugar en el Boletín Oficial del Estado el 16 de junio de 2022. Este Convenio reconoce que la violencia y el acoso son una amenaza para la igualdad de oportunidades y son inaceptables e incompatibles con el trabajo decente. En este sentido, reconoce el impacto de la violencia y el acoso en la salud psicológica, física y sexual de las personas, a su dignidad y a su entorno familiar y social.

Por otra parte, resulta esencial considerar las iniciativas impulsadas por los poderes públicos orientadas a favorecer la gratuidad de los productos de higiene menstrual, con el propósito de erradicar la llamada “pobreza menstrual”; así como las medidas de conciliación entre la vida personal, familiar y profesional, incluyendo el fomento de la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos

---

3 Molina Navarrete, C., “Salud reproductiva y bienestar de las trabajadoras: ¿un tiempo de nuevos ‘derechos sexuales’ desde la menstruación a la menopausia?”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 471, 2022, pág. 7.

entre hombres y mujeres o la creación de guarderías y de centros especializados en la atención a personas dependientes o con discapacidad<sup>4</sup>.

Sin embargo, procede señalar que otras situaciones con capacidad de generar alteraciones en la salud y que pueden limitar o impedir el normal desempeño laboral —tales como la menstruación, la menopausia o la interrupción voluntaria del embarazo— han permanecido durante largo tiempo al margen de la normativa y solo en fechas recientes han comenzado a recibir un reconocimiento incipiente.

A título de ejemplo, el climaterio, entendido como el periodo vital durante el cual cesa la función reproductora de la mujer, ha sido un tema casi invisible, considerado un asunto médico o personal. Ahora bien, las mujeres en edad menopáusica representan una parte significativa de la fuerza laboral y el número de afectadas aumentará a nivel mundial a medida que la población envejece<sup>5</sup>. Un porcentaje nada irrelevante de trabajadoras —en una etapa en la que su talento, sus competencias y la experiencia acumulada alcanzan un valor estratégico para las organizaciones— podrían sufrir los efectos asociados con ese estado natural posterior a la vida fértil de la mujer. Los trastornos y enfermedades relacionados con la menopausia incluyen ansiedad, depresión, confusión mental, insomnio, agotamiento y palpitaciones. Estas afecciones pueden incidir de manera significativa en la vida laboral de las mujeres, llegando en algunos casos a abandonar prematuramente sus puestos de trabajo. Esta situación afecta a la productividad de las organizaciones y también contribuye a perpetuar las brechas de género en términos de remuneración y pensiones.

En la práctica clínica, se produce una devaluación sistemática de las denominadas “enfermedades de mujeres”, que históricamente han sido consideradas secundarias, invisibilizadas o vinculadas a estereotipos de inferioridad moral y fragilidad. Así, la endometriosis, que ocurre cuando las células del revestimiento de la matriz (útero) crecen en otras zonas del cuerpo, constituye una enfermedad invisibilizada por la normalización del dolor menstrual. La endometriosis afecta aproximadamente a 190 millones de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y la Fundación Mundial de Investigación de Endometriosis afirma que tienen un 38% menos de productividad en sus actividades diarias.

Pese a su elevada prevalencia y a las serias repercusiones que conlleva, la endometriosis continúa siendo una enfermedad sistemáticamente infradiagnosticada, con retrasos, en muchos casos, de entre 7 y 10 años desde la aparición de los primeros síntomas<sup>6</sup>. Este problema se ve agravado por el hecho de que se trata de una condición que afecta exclusivamente a mujeres, lo que ha contribuido a la existencia de un sesgo de género tanto en la investigación como en la formación y capacidad de respuesta del personal médico. Aun cuando la financiación para la investigación sobre la endometriosis ha sido muy escasa durante largo tiempo, resulta llamativo que sí exista un estudio sobre

4 Alcorta Idiaquez, I., “Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida”, *DS: Derecho y salud*, vol. 11, núm. 2, 2003, pág. 166.

5 Molina Navarrete, C., “Salud reproductiva y bienestar de las trabajadoras: ¿un tiempo de nuevos ‘derechos sexuales’ desde la menstruación a la menopausia?”, *cit.*, pág. 5.

6 Damian Aucancela, M.C.; Jaya Baldeón, V.A. y López Orozco, S.A., “Innovaciones en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis: Perspectivas clínicas, educativas y tecnológicas”, *Imaginario Social*, vol. 8, núm. 1, 2025, pág. 276.

cómo afecta a la vida sexual de los hombres que su pareja tenga esta dolencia<sup>7</sup>. Este contraste pone de relieve la tendencia a priorizar la experiencia masculina, incluso en enfermedades que atañen a las mujeres.

El personal médico y científico, al formarse y desenvolverse en el mismo contexto social que perpetúa ciertos tabúes, no está exento de reproducirlos. Un ejemplo ilustrativo viene dado por un estudio realizado en España en 2020 con estudiantes de enfermería que padecían dismenorrea, pues más de la mitad de ellas no habían consultado a ningún profesional de la salud, principalmente al considerar que el dolor menstrual era algo “normal” o “natural”<sup>8</sup>. Otros motivos habituales de reticencia son las experiencias negativas en el pasado o las bajas expectativas, pues algunas predijeron que la atención médica, el tratamiento o el consejo que recibirían serían insuficientes y optaron por evitar sentimientos de decepción o desacuerdo. Algunas mujeres expresaron desconfianza, vergüenza o incomodidad al ver a un profesional.

Esta afección da buena muestra de cómo se perpetúan las desigualdades estructurales en la atención sanitaria, pues los síntomas manifestados por las mujeres suelen ser minimizados, confundidos o erróneamente clasificados como trastornos psicosomáticos, lo cual obstaculiza el acceso a un tratamiento adecuado. Investigaciones recientes han demostrado que las expresiones de dolor de las mujeres son tomadas con menor seriedad que las de los hombres, lo que repercute negativamente en la calidad de la atención médica. Esta situación ha dado lugar a la denominada brecha de género del dolor, un fenómeno caracterizado por la subestimación del sufrimiento femenino frente a la valoración más inmediata y precisa del dolor en los varones<sup>9</sup>.

La predilección androcéntrica de la medicina ha trascendido igualmente al ámbito jurídico, reflejándose también en el Derecho español, pese a la proclamada integración del principio de igualdad en la política de salud en el art. 27 de la Ley Orgánica 3/2007 y la política de salud laboral desde una perspectiva de género en el anexo del Real Decreto 901/2020. No obstante, en los últimos años diversas reformas legislativas y pronunciamientos jurisprudenciales han comenzado a cuestionar y corregir esta tendencia, avanzando hacia un reconocimiento más equilibrado y justo de las necesidades específicas de las mujeres. A continuación, se examinarán los derechos reconocidos a las mujeres en el ámbito de la Seguridad Social a partir de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; la prohibición de despedir a mujeres en tratamiento de fertilidad; y la influencia de los reprotóxicos en el lugar de trabajo en la seguridad y salud del hombre.

7 Dicho estudio es: Hämmerli, S. *et al.*, “Does Endometriosis Affect Sexual Activity and Satisfaction of the Man Partner? A Comparison of Partners From Women Diagnosed With Endometriosis and Controls”, *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 15, núm. 6, 2018.

8 Ramos-Pichardo, J.D. *et al.*, “Why Do Some Spanish Nursing Students with Menstrual Pain Fail to Consult Healthcare Professionals?”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21 2020, pág. 7.

9 Poyatos i Matas, G., “De la histeria a la fibromialgia, ‘las enfermedades de mujeres’ que repugnan al Derecho”, *Labos*, vol. 6, núm. 1, 2025, pág. 320.

## 2. LOS SUPUESTOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL INTRODUCIDOS POR LA LEY ORGÁNICA 1/2023: DERECHO A TRABAJAR SIN DOLOR

La continuada desatención de las diferencias de sexo-género que inciden directamente en la salud se manifiesta tanto en el ámbito de la prevención de riesgos laborales como en el de la protección económica dentro del sistema de Seguridad Social, ya sea en relación con contingencias profesionales o con contingencias comunes. En este último ámbito, en concreto en la prestación por incapacidad temporal derivada de etiología común, se constata una sobrerrepresentación significativa de las mujeres<sup>10</sup>. A pesar de las reformas operadas en los últimos años, la prestación por incapacidad temporal ha continuado en el punto de mira de la doctrina y la jurisprudencia, debido a su estructura compleja, a una regulación fragmentada, así como a la controvertida interpretación que de ella se ha venido realizando. Con el fin de corregir la desnaturalización y descausalización que había venido caracterizando a esta figura, el propósito del legislador parece haber experimentado un cambio cualitativo<sup>11</sup>. En efecto, ya no se trata tanto de restringir el acceso al derecho a la prestación por incapacidad temporal, sino más bien de ampliar el abanico de causas que pueden dar lugar a su reconocimiento.

La Ley Orgánica 1/2023 pretende mejorar, de esta manera, la atención y el reconocimiento jurídico-laboral de determinadas situaciones patológicas vinculadas al ciclo menstrual, así como garantizar una adecuada cobertura de las bajas médicas habituales desde el día primero de la semana trigésima novena de gestación, reforzando la protección de la salud de las mujeres en contextos que hasta ahora habían recibido una respuesta insuficiente en el ámbito normativo. La norma incorpora tres nuevos supuestos de bajas por incapacidad temporal, a saber, en caso de menstruación dolorosa, interrupción del embarazo y gestación en estado avanzado. El alcance y contenido de las nuevas disposiciones incluidas en la LGSS englobará tanto a las trabajadoras del Régimen General de la Seguridad Social como a las de los Regímenes Especiales, abarcando además determinadas actividades y sectores específicos.

Los cambios introducidos en el art. 169.1, letra a), de la LGSS se fundamentan en la lógica de lo que parte de la doctrina ha denominado el “derecho a trabajar sin dolor”; sin embargo, ni la decisión de regular esta materia, ni tampoco el instrumento normativo escogido para hacerlo, han estado

10 Molina Navarrete, C., “La diferencia (invisible) que duele: sobrerrepresentación femenina en las fibromialgias y migrañas, subestimación judicial de su incapacitación laboral. A propósito de las Sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia de Galicia 3751/2021, de 8 de octubre, y de Castilla-La Mancha 1512/2021, de 8 de octubre”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 466, 2022, pág. 235.

11 López Insua, B.M., “Derecho a trabajar ‘sin dolor’: la cara femenina de la incapacidad temporal tras la LO 1/2023, de 28 de febrero”, *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, núm. 2, 2023, pág. 47.



exentos de debate y controversia<sup>12</sup>. De esta forma, se ha puesto en entredicho el diseño jurídico de estas situaciones especiales, pues plantean dudas tanto desde un plano conceptual, como en lo que respecta a su coherencia con el esquema tradicional de protección por incapacidad de la Seguridad Social y a la necesidad de asegurar un trato igualitario en situaciones equiparables. Asimismo, destaca la preocupación por garantizar en todo momento la confidencialidad respecto de las causas que motivan la baja.

### 2.1. La protección insuficiente de la dismenorrea secundaria: una regulación con potencial transformador, pero sujeta a mejora

En cuanto al primer supuesto hace, la mayoría de las reglas dolorosas son primarias y presentan un dolor de corte espasmódico, similar a calambres en la zona baja del abdomen, recurrente con cada menstruación. La dismenorrea secundaria, va empeorando con el tiempo y suele tener vinculación con una patología orgánica. Aproximadamente más del 80% de las mujeres experimenta algún tipo de dolor menstrual, que en muchos casos puede resultar altamente incapacitante y afecta de manera directa a su rendimiento laboral y bienestar general. Una investigación realizada en Dinamarca en 2018, que incluyó a más de 32.000 mujeres de entre 15 y 45 años, reveló que el 14% reportaba absentismo laboral durante su ciclo menstrual<sup>13</sup>. Por otro lado, el 80,7% de las mujeres encuestadas acudía a sus actividades habituales, pese a que el dolor menstrual suponía una disminución significativa de la productividad, estimada en 23,2 días al año.

Si bien, tiene que tratarse de una dismenorrea secundaria asociada a patologías previas diagnosticadas por un especialista, permanece abierta la cuestión relativa al tratamiento jurídico de la incapacidad derivada de una dismenorrea primaria. Ello reviste especial importancia si se considera que el grado de limitación provocado por la intensidad del dolor no depende necesariamente de si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria. En este caso, lo relevante parece ser el efecto incapacitante y su origen sexuado —el dolor menstrual—, antes que la patología específica a la que se asocia. De ahí que, según defienden voces autorizadas de la doctrina, la finalidad de garantía efectiva de la protección de la salud deba prevalecer sobre los elementos restrictivos derivados de la formalización legal<sup>14</sup>.

Pues bien, según expresa el propio preámbulo del texto legal, tendrá la consideración de situación especial de incapacidad temporal por contingencias comunes aquella baja laboral en que pueda encontrarse la mujer en caso de menstruación incapacitante secundaria o dismenorrea secundaria

12 Guamán, A., "¿Un Derecho del Trabajo feminista? La incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria o el derecho a trabajar sin dolor", *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, núm. 159, 2024, pág. 78.

13 De Fuentes García-Romero de Tejada, C. y Armijo Suárez, O., "La nueva regulación de la dismenorrea o reglas dolorosas", en AA.VV. (Casas Baamonde, M<sup>a</sup>E. Coord.), *Los Briefs de la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social: las claves de 2023*, Cinca, Madrid, 2024, págs. 78 y 79.

14 Molina Navarrete, C., "Salud reproductiva y bienestar de las trabajadoras: ¿un tiempo de nuevos 'derechos sexuados' desde la menstruación a la menopausia?", *cit.*, pág. 11.

asociada a patologías tales como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos, o dificultad en la salida de sangre menstrual de cualquier tipo, pudiendo implicar síntomas como dispareunia, disuria, infertilidad, o sangrados más abundantes de lo normal, entre otros.

La vinculación con una patología previa resulta imprecisa, ya que no en todos los casos las menstruaciones dolorosas se encuentran relacionadas con una alteración orgánica subyacente previamente identificada. La definición legal también debería contemplar como situaciones protegidas los periodos dedicados al estudio y análisis de los síntomas que generan las menstruaciones dolorosas, naturalmente anteriores a la obtención de un diagnóstico.

Además, la exposición de motivos de la norma contribuye a precisar las dolencias que pueden dar lugar a una menstruación incapacitante, aun cuando menciona el síndrome de ovario poliquístico, que técnicamente no genera dismenorrea, y los pólipos, generalmente operables. Resulta llamativa la completa omisión de la hipermenorrea refractaria al tratamiento en el listado de enfermedades, es decir, aquellos sangrados excesivos durante el periodo menstrual que no se controlan con la medicación habitual ni con procedimientos quirúrgicos<sup>15</sup>. Aunque esta patología no siempre vaya acompañada de dolor, puede generar una pérdida de sangre tan intensa que imposibilita a la mujer desarrollar su actividad laboral con normalidad. Asimismo, merece atención el síndrome disfórico premenstrual, una afección en la que la mujer presenta síntomas intensos de depresión, irritabilidad y tensión en los días previos a la menstruación. En ciertos casos, la paciente no responde a los tratamientos disponibles, lo que llega a impedir el cumplimiento de sus obligaciones laborales.

Muchas de las patologías mencionadas suelen responder adecuadamente a tratamientos hormonales, así como a antiinflamatorios, por lo que la mera presencia de estas afecciones no implica necesariamente una incapacidad laboral. La norma debería matizar el concepto de dismenorrea, limitándolo a aquella refractaria al tratamiento y, por tanto, difícilmente solucionable, pues solo en los casos en que la paciente no experimenta mejoría con la medicación se justifica la necesidad de protección social en el ámbito laboral.

Por otro lado, la dismenorrea secundaria es causa de incapacidad temporal mientras la afectada recibe asistencia sanitaria y haya impedimento del normal desarrollo de la prestación laboral. La causa de incapacidad temporal se limita exclusivamente a los episodios de dolor durante la menstruación, excluyendo los días previos al inicio del ciclo o los asociados a la ovulación, un aspecto que ya ha sido objeto de crítica por parte de la comunidad médica. No en vano, muchas pacientes con enfermedades como la endometriosis experimentan dolor también durante la ovulación y a lo largo de todo el ciclo menstrual.

El carácter “especial” de la situación de incapacidad temporal analizada radica en que el pago del subsidio se abonará a cargo de la Seguridad Social desde el día de la baja en el trabajo y no se exigirá periodo de cotización mínimo. La norma incluye, de este modo, una diferencia respecto

<sup>15</sup> De Fuentes García-Romero de Tejada, C. y Armijo Suárez, O., “La nueva regulación de la dismenorrea o reglas dolorosas”, *cít.*, pág. 82.

de otras causas de incapacidad temporal por contingencias comunes, donde la prestación se abona a partir del cuarto día de baja y a cargo del empresario. La cuantía de la prestación se sitúa en un 60 % de la base reguladora desde el primer día de la baja y hasta el vigésimo y, a partir del día vigésimo primero, se eleva al 75 % de la base reguladora, con cargo íntegro a la Seguridad Social.

Otra novedad destacable consiste en que la menstruación incapacitante no debe considerarse, bajo ningún concepto, como una recaída de la incapacidad temporal; cada episodio se tratará como un nuevo proceso, lo que resulta relevante para la determinación de la duración máxima de la prestación y la aplicación de posibles prórrogas. Así pues, en estos procesos no hay recaída cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos de alta médica anterior (salvedad prevista en el art. 169.2 LGSS).

La regulación de esta situación patológica tiene la finalidad de eliminar cualquier tipo de sesgo negativo en el ámbito laboral; no obstante, ha sido objeto de debate debido a los posibles efectos estigmatizadores y sus potenciales consecuencias negativas, reflejando la clásica preocupación por un *backlash* empresarial. Se cuestiona la pertinencia de esta contingencia argumentando que una regulación laboral específica sobre la menstruación podría, paradójicamente, incrementar la discriminación por razón de sexo. En esta línea, se afirma que el “efecto bumeráng” de este tipo de previsiones podrían conllevar un refuerzo de los estereotipos relativos a la menstruación como una situación generalmente incapacitante para el trabajo y provocar, por ende, una reacción contraria por parte de los empleadores, acrecentándose sus reticencias a la contratación de mujeres.

Es más, acogerse de manera reiterada a bajas por incapacidad temporal derivadas de contingencias comunes, varios días al mes y de forma recurrente a lo largo del año, constituye una situación que, en la práctica, muchas empresas difícilmente podrían sostener, especialmente si se considera que la dismenorrea no anula la capacidad laboral en todas las ocasiones. Los efectos de la menstruación dolorosa podrían mitigarse mediante ajustes en las funciones, horarios o carga de trabajo de las afectadas, lo que permitiría compatibilizar la actividad laboral con la adecuada tutela de la salud de las trabajadoras. Aun cuando la normativa persigue un fin loable, hubiera sido deseable que ampliara el abanico de opciones, en lugar de contemplar la incapacidad temporal como única solución al problema.

En este sentido, los medios de comunicación se hicieron eco rápidamente de que, diez meses después de la entrada en vigor del texto legal —el 1 de junio de 2023—, únicamente se habían tramitado 1.418 solicitudes de este derecho laboral por menstruación incapacitante, según los datos facilitados por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Esta infrautilización plantea la necesidad de contemplar otros mecanismos, como la posibilidad de alcanzar acuerdos individuales o colectivos que permitan adaptar la jornada o las funciones en atención a las circunstancias concretas de cada mujer. Igualmente, el teletrabajo se presenta como una alternativa eficaz en los días de mayor dolor, facilitando un entorno más cómodo desde el hogar y permitiendo que la actividad laboral se desarrolle en condiciones menos exigentes físicamente<sup>16</sup>. Todo ello, por supuesto, debe

16 López Insua, B.M., “Derecho a trabajar ‘sin dolor’: la cara femenina de la incapacidad temporal tras la LO 1/2023, de 28 de febrero”, *cit.*, pág. 55.

ser evaluado a la luz de las particularidades de cada profesión y de las características específicas del puesto de trabajo.

Sea como fuere, la prestación por incapacidad temporal derivada de la dismenorrea secundaria constituye, sin lugar a duda, un avance significativo, en la medida en que visibiliza una realidad históricamente silenciada en el ámbito laboral. No obstante, resulta evidente que la medida, por sí sola, no basta para erradicar los estereotipos y las múltiples discriminaciones que todavía persisten en torno a la salud menstrual y, en general, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Resulta crucial que las cuestiones relacionadas con la menstruación se trasladen al terreno de la negociación colectiva y se conviertan en objeto de debate en el marco del diálogo social<sup>17</sup>. Hasta el momento, brillan por su ausencia las referencias a la menstruación en los convenios colectivos, a pesar de que estos se perfilan como una herramienta idónea para diseñar medidas de adaptación en los centros de trabajo.

### 2.2. La incapacidad temporal por interrupción del embarazo y por gestación avanzada desde la semana 39<sup>a</sup>: el equívoco de equiparar embarazo y enfermedad

Una segunda situación especial de incapacidad temporal por contingencias comunes viene dada por la interrupción del embarazo, sea voluntaria o no, mientras la paciente reciba asistencia sanitaria por el Servicio Público de Salud y esté impedida para el trabajo. Cuando la interrupción sea consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional, tendrá la consideración de incapacidad temporal por contingencias profesionales. La obligación de cotizar continuará en la situación de incapacidad temporal y el pago del subsidio será a cargo de la Seguridad Social desde el día siguiente a la baja en el trabajo, abonando el empresario el salario íntegro del día correspondiente a la baja. No se exige periodo mínimo de cotización.

En este caso, la protección se relaciona directamente con una fase concreta de la función reproductiva, a saber, la gestación que ha sido interrumpida ya sea por decisión voluntaria o por un aborto espontáneo. La experiencia del aborto tendrá efectos muy diferentes según las características individuales de la mujer, las habilidades de afrontamiento y los elementos concurrentes (por ejemplo, si es un aborto inducido o involuntario o si es un embarazo prematuro o está avanzado). El aborto es mucho más frecuente de lo que se piensa y la intensidad y la duración de los efectos también es muy variable. Las complicaciones físicas incluyen, entre otros, el riesgo de prematuridad en las siguientes gestaciones; lesiones en el cervix y/o útero debido a los legrados; cambios en el microbioma uterino; infecciones uterinas; o aumento del riesgo de placentación anómala en futuras gestaciones. Los abortos se han vinculado con diversas repercusiones psicológicas, incluyendo ansiedad, depresión e, incluso, en casos extremos, pensamientos suicidas. Todo ello incide de manera directa en la vida laboral de la mujer, por cuanto, más allá del impacto físico y emocional de la pérdida gestacional, puede generar limitaciones temporales para el desempeño profesional.

17 Guamán, A., "¿Un Derecho del Trabajo feminista? La incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria o el derecho a trabajar sin dolor", *cit.*, pág. 104.



La causa de incapacidad temporal por interrupción del embarazo es la única que aparece claramente diferenciada de otras situaciones que podrían dar lugar a una baja médica. Esta especificidad permite evitar confusiones con otras contingencias, garantizando un tratamiento uniforme de los casos y facilitando la correcta aplicación de los derechos y prestaciones correspondientes.

Mayores problemas plantea el tercer supuesto, a saber, la incapacidad temporal por gestación avanzada desde la semana trigésima novena hasta la fecha del parto. El pago del subsidio será a cargo de la Seguridad Social desde el día siguiente a la baja en el trabajo, mientras que le corresponde al empresario el abono del salario íntegro del día correspondiente a la baja. Su duración se extenderá mientras persista la situación de incapacidad temporal; salvo que la trabajadora hubiera iniciado anteriormente una situación de riesgo durante el embarazo, supuesto en el cual permanecerá percibiendo la prestación correspondiente en tanto esta deba mantenerse. Se exigirá periodo mínimo de cotización para las personas mayores de 21 años.

Hasta la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023 las necesidades de descanso derivadas del embarazo podían ser cubiertas a través de la prestación por nacimiento y cuidado de menor, una vez producido el parto, o bien mediante una incapacidad temporal derivada de enfermedad común, sujeta, en cualquier caso, a los requisitos generales aplicables a esta prestación. En la práctica, esto generaba situaciones complejas, pues en las últimas semanas de embarazo, los facultativos, conscientes de las incomodidades que suelen aparecer en esta etapa, recurrían a justificar bajas médicas por distintas causas —mareos, dolores lumbares, fatiga intensa, entre otros—, aun sin contar con pruebas diagnósticas concluyentes, dado que por razones de seguridad no resulta recomendable someter a la mujer embarazada a determinados procedimientos médicos invasivos<sup>18</sup>. La norma supone el reconocimiento expreso de una causa de incapacidad temporal que, en la práctica asistencial, ya era gestionada por el personal sanitario ante la ausencia de una cobertura específica por parte del legislador para este tipo de situaciones.

Ahora bien, resulta a todas luces evidente la necesidad de evitar que la configuración de la mejora de la protección de las gestantes comporte restablecer la analogía entre embarazo y enfermedad, hace tiempo superada<sup>19</sup>. El grave error del precepto consiste en utilizar la figura de la incapacidad temporal para cubrir la ausencia del trabajo en la recta final del embarazo, existiendo otras prestaciones del sistema que quizá podrían albergar mejor la protección de la salud y el bienestar de la gestante en esta fase. Esta prestación por incapacidad temporal permite entrever ciertos tintes economicistas. Entre la opción más garantista, que habría situado el inicio de la protección en la semana 37 de gestación —en coherencia con la duración promedio de los embarazos, dado que a partir de ese momento muchos partos se producen de manera natural— y la alternativa

18 García Gil, M. B. y Castro Conte, M., "El derecho a la salud de las mujeres con especial referencia a las nuevas prestaciones de incapacidad temporal (Ley orgánica 1/2023, de 28 de febrero)", *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 480, 2024, pág. 51.

19 CES, Dictamen 9/2022 sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado en sesión ordinaria del Pleno del día 29 de junio de 2022.

ineficaz o de escasa utilidad práctica de fijar el límite en las 42 semanas, el legislador ha optado por la vía intermedia de reconocer la prestación a partir de la semana 39<sup>20</sup>.

Conviene indicar, por último, que el creciente interés en los derechos sexuales y reproductivos pone de manifiesto otra significativa laguna doctrinal, la casi total ausencia de atención a la menopausia y la andropausia así como a sus repercusiones sobre las condiciones laborales y las relaciones de trabajo de las personas afectadas. La norma examinada pasa de puntillas por esta materia, haciendo referencia a la menopausia en las disposiciones relativas a las medidas en el ámbito de la educación no formal, las campañas institucionales de prevención e información, así como la investigación, recopilación y producción de datos. Del mismo modo, establece como objetivo general de las políticas públicas la promoción de la atención especializada para personas en distintas etapas del ciclo vital, incluyendo el climaterio, pero sin abordar directamente sus implicaciones en el ámbito laboral ni la salvaguarda de los derechos de las personas trabajadoras.

### 3. DESPIDO DURANTE UN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD ¿OPERA LA NULIDAD DE MANERA AUTOMÁTICA?

Los problemas de fertilidad constituyen, en muchos casos, un duro golpe tanto físico como emocional para quienes los padecen, generando sentimientos de frustración, ansiedad, desesperación, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa o depresión<sup>21</sup>. Frente a ello, los tratamientos de fertilización y las técnicas de reproducción asistida se presentan como una alternativa que devuelve la esperanza de alcanzar la maternidad o paternidad deseada. Sin embargo, estos procesos, que suelen ser largos, costosos y emocionalmente exigentes, encuentran a menudo obstáculos adicionales en el ámbito laboral, donde las exigencias de compatibilizar las citas médicas, los tratamientos hormonales y los periodos de reposo necesarios tras determinadas intervenciones pueden convertirse en un motivo de tensión e, incluso, de discriminación.

Una de las razones más frecuentes por las que las mujeres españolas recurren a la medicina reproductiva es la avanzada edad a la que deciden tener a su primer hijo. Esta circunstancia no es fruto de una elección meramente individual, sino que refleja una realidad social marcada por la precariedad laboral, la dificultad para conciliar la vida personal y profesional, la prolongación de los estudios superiores y las dificultades económicas para formar un proyecto de familia en edades más tempranas. Así, puede afirmarse que la infertilidad femenina en España tiene, en gran medida,

20 Molina Navarrete, C., "Salud reproductiva y bienestar de las trabajadoras: ¿un tiempo de nuevos 'derechos sexuales' desde la menstruación a la menopausia?", *cít.*, pág. 12.

21 Palacios, E. y Jadresic, E., "Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, vol. 38, núm. 2, 2000, pág. 94.

un trasfondo social que condiciona el momento de la maternidad, lo que explica la creciente demanda de tratamientos de reproducción asistida<sup>22</sup>.

Por otra parte, el acceso a las técnicas de reproducción asistida ha estado históricamente marcado por criterios restrictivos que, en la práctica, han generado un enfoque discriminatorio hacia las familias monoparentales, las mujeres sin pareja, o el colectivo LGTBIQ+. Durante años, la normativa exigía como requisito la constatación de un “trastorno documentado de la capacidad reproductiva” o la “ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal”<sup>23</sup>. Las personas integrantes del colectivo, como las lesbianas o las transexuales con capacidad de gestación, no podían acceder a los recursos de la reproducción asistida.

La exclusión también afectaba a mujeres sin pareja, cuando ya tenían un hijo sano, pues la sanidad pública negaba el uso de dichas técnicas en estos casos. Curiosamente, una mujer que hubiera sido madre dentro de una relación no podía acceder a los tratamientos en solitario, mientras que sí podría hacerlo con una pareja distinta. Este criterio resultaba especialmente arbitrario y reforzaba desigualdades basadas en un modelo familiar rígido y tradicional. El trasfondo de esta regulación evidencia cómo, en una sociedad donde el ideal de familia continúa siendo la biparental heterosexual, cualquier modelo alternativo queda expuesto a la estigmatización. Lamentablemente, las familias monomarentales han sido consideradas como incompletas, lo que ha favorecido un trato desigual basado en prejuicios sexistas y en concepciones rígidas del rol que deben desempeñar las mujeres tanto en el plano personal como en el social.

La reforma operada por la Orden SND/1215/2021, de 5 de noviembre, supuso la eliminación de tales requisitos discriminatorios, reconociendo el derecho de todas las mujeres, con independencia de su orientación sexual, identidad de género o situación familiar, a acceder a las técnicas de reproducción asistida en el sistema sanitario público. No obstante, muchas mujeres continúan enfrentando prejuicios en sus entornos profesionales al acudir a tratamientos de fertilidad, lo que demuestra que la igualdad formal aún no ha logrado sobreponerse a la huella de desigualdad que sigue presente en la práctica social y laboral.

Pues bien, el Tribunal Supremo ha tenido la oportunidad de analizar si el despido disciplinario, producido tras un aborto y mientras la persona trabajadora se encontraba en tratamiento de fertilidad, debe considerarse nulo por implicar una vulneración de derechos fundamentales<sup>24</sup>. El debate casacional suscitado gira en torno al despido declarado nulo por la sentencia que recurre la empleadora (TSJ de Madrid, de 26 de octubre de 2017<sup>25</sup>), donde se efectúa esa calificación de nulidad

22 Alcorta Idiaquez, I., “Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida”, *cit.*, pág. 172.

23 FAMS, “Prácticas discriminatorias en reproducción asistida”, *Equipo de Estudios de la Federación de Asociaciones de Familias Monoparentales*, núm. 10, 2022, pág. 4.

24 STS, Sala de lo Social, 2 de julio de 2020 (rec. 36/2018).

25 TSJ de Madrid, 26 de octubre de 2017 (rec. 576/2017).

(discriminatorio por razón de sexo) estimando íntegramente la demanda de la trabajadora y revocando la sentencia de instancia, cuya estimación había sido parcial.

En atención a cuanto constan como hechos probados, el 11 de mayo de 2016 causa la actora baja en incapacidad temporal por la contingencia de gastroenteritis infecciosa inespecífica e infecciones intestinales mal definidas, como consecuencia del aborto diferido sufrido el día 7 de mayo de 2016. La trabajadora se encontraba dispuesta a iniciar un nuevo tratamiento de fertilidad a partir del día 15 de septiembre de 2016. El 8 de septiembre de 2016 la dirección empresarial comunicó a la trabajadora su despido, basado en el incumplimiento contractual consistente en la disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado, ex art. 54.2.e) del ET.

Ahora bien, la resolución del Tribunal Superior de Justicia de Madrid afirma que durante el transcurso de la relación laboral la trabajadora no había sido objeto de reconvención ni amonestación alguna por incumplimiento de sus obligaciones. Muy al contrario, constan felicitaciones de su superior directa en reconocimiento a su correcto desempeño profesional. Si a la trayectoria laboral de la trabajadora se añaden las vicisitudes ginecológicas acontecidas en fechas próximas a su despido —que, al no haber quedado justificado, fue declarado improcedente—, cabe presumir con razonable certeza que la decisión extintiva obedeció exclusivamente a dichas circunstancias (abortos, tratamientos de fertilidad) y a las secuelas patológicas derivadas de las mismas.

A juicio del Tribunal Supremo, el despido disciplinario de una trabajadora posterior a un aborto y sometida a un tratamiento de fertilidad será declarado nulo por discriminación por razón de sexo, cuando la empresa tenga conocimiento de esta circunstancia y no acredite debidamente la causa de despido alegada.

Frente a la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que declara el despido nulo por ser discriminatorio por razón de sexo, la empresa recurre en casación para la unificación de doctrina aportando como sentencia de contraste la dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia el 8 de julio de 2014<sup>26</sup>. Al no concurrir entre las sentencias comparadas la contradicción necesaria para el examen del recurso, se declara la firmeza de la sentencia dictada por el TSJ de Madrid.

Para el análisis de la contradicción, el Tribunal Supremo atiende a su sentencia de 4 de abril de 2017, transcribiendo un pasaje que presenta similitudes con el litigio principal<sup>27</sup>. Dicho pronunciamiento declaraba la nulidad del despido de una trabajadora que estaba sometida a un tratamiento de fertilización y fecundación *in vitro*, cuando aún no habían sido implantados los óvulos fecundados en su útero. Dicho pronunciamiento señala que no se trata de analizar si existe en el supuesto la nulidad objetiva por razón de embarazo, sino de si concurren los elementos necesarios para considerar “la licitud o no de tal despido ante un claro panorama indiciario de que la decisión extintiva obedece al hecho de que la trabajadora está siendo sometida a un tratamiento específico

26 TSJ de Galicia, 8 de julio de 2014 (rec. 1500/2014).

27 STS, Sala de lo Social, 4 de abril de 2017 (rec. 3466/2015).



de reproducción asistida, por lo que puede haberse producido un panorama discriminatorio para la trabajadora”.

En el litigio principal, el Tribunal Supremo constata la existencia de indicios de nulidad del despido que la empresa no ha logrado desvirtuar:

- a. Falta de justificación del despido, señalando la vaguedad de la causa invocada, que motivó la declaración de improcedencia en la instancia, sin que la empresa impugnara dicho extremo;
- b. Concurrencia de cuestiones ginecológicas y las secuelas patológicas derivadas de las mismas, debidamente acreditadas en los informes médicos correspondientes a la baja por incapacidad temporal;
- c. Una trayectoria profesional objeto de repetidas felicitaciones;
- d. Aun cuando se mantiene el desconocimiento por la empleadora de los abortos de la demandante y su participación en programas de tratamiento de fertilidad previos al despido, la Sala alcanza la convicción de que la causa real de la extinción contractual se hallaba vinculada a motivos propios de la condición femenina de la actora.

La Sala no considera equiparable al presente supuesto el referido en la sentencia aportada de contraste, que rechazó la declaración de nulidad del despido, debido a la ausencia de indicios razonables de la discriminación invocada.

Por consiguiente, el Tribunal Supremo sienta, de manera certera, que la nulidad de un despido durante un tratamiento de fertilidad no opera de forma automática. Para que pueda apreciarse dicha nulidad, es preciso que la empresa tuviera conocimiento del tratamiento de fertilidad al momento de adoptar la decisión extintiva, de manera que pueda valorarse la posible existencia de discriminación por razón de sexo. No basta la mera circunstancia de que la trabajadora se encuentre sometida a un tratamiento de fertilidad: debe existir un panorama indiciario que permita inferir que la causa real del despido estuvo vinculada a su condición femenina y a las vicisitudes médicas asociadas. Asimismo, la Sala subraya que el tratamiento de fertilidad y el embarazo no son equiparables a efectos de despido.

## 4. LA INCIDENCIA DE LOS REPROTÓXICOS EN EL LUGAR DE TRABAJO

En el lugar de trabajo se pueden encontrar diversos riesgos para la reproducción, no solo derivados de sustancias químicas, sino también de factores físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales. El marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027 subraya que, según estimaciones realizadas a partir del escenario más desfavorable, la exposición a

reprotóxicos podría estar relacionada con la aparición de hasta 1.274 casos nuevos de alteraciones en la salud reproductiva cada año<sup>28</sup>.

Las sustancias tóxicas para la reproducción pueden tener efectos sobre la función sexual y la fertilidad y sobre el desarrollo del feto o la descendencia. En las últimas décadas se ha observado un incremento significativo de las complicaciones durante el embarazo, así como de los problemas asociados al desarrollo embrionario y fetal. En paralelo, se constata un aumento del número de personas con dificultades para concebir, lo que ha llevado a que un porcentaje creciente de potenciales madres y padres recurra a técnicas y tratamientos de reproducción asistida.

Si bien la normativa de seguridad y salud en el trabajo se ha centrado principalmente en las embarazadas, los riesgos reprotóxicos pueden afectar tanto a mujeres como a hombres, e incluso tener efectos en las generaciones futuras. En efecto, se han identificado indicios de un aumento en la incidencia de determinadas malformaciones de los genitales masculinos, así como de casos de cáncer testicular. Entre las explicaciones más plausibles destaca la exposición a productos químicos que afectan al sistema hormonal, conocidos como alteradores endocrinos.

Además, la atención de la investigación científica se ha dirigido de manera prioritaria hacia tales alteradores endocrinos, considerados como agentes medioambientales capaces de inducir modificaciones en los mecanismos de herencia transgeneracional.

Más allá de las clásicas mutaciones genéticas responsables de malformaciones congénitas, en los últimos años se han descrito mecanismos de herencia que no implican alteraciones en la secuencia del ADN, pero que pueden modificar su expresión y generar cambios hereditarios transmisibles a la descendencia. La epigenética es un campo de estudio centrado en los cambios del ADN que no implican alteraciones de la secuencia subyacente, es decir, en los procesos que inciden en la transcripción sin alterar el orden o estructura de los nucleótidos, activando o inactivando los genes, y que pueden estar causados por la edad, pero también por la exposición a factores ambientales (como fármacos o sustancias químicas).

Existen múltiples agentes y factores capaces de alterar, de formas diversas, el curso normal de la reproducción y del desarrollo. En primer lugar, las lesiones directas en las células reproductoras femeninas o masculinas, que pueden derivar en infertilidad o en una reducción significativa de la fertilidad, así como la senescencia reproductora prematura, es decir, un envejecimiento biológico acelerado que puede reducir la capacidad de concebir<sup>29</sup>. Segundo, los trastornos metabólicos en el organismo materno, que cambian la homeostasis interna y generan repercusiones negativas sobre la maduración del embrión. En tercer término, las anomalías en los periodos de embriogénesis

28 Comisión Europea, "Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación", Bruselas, 28 de junio de 2021.

29 Kuhl, K. *et al.*, "Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción", Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016, págs. 7-9.

(primera etapa de desarrollo del embrión que dura ocho semanas) y organogénesis (las capas embrionarias ectodermo, mesodermo y endodermo, se transforman en los diferentes órganos). Cuarto, los efectos tóxicos directos sobre el feto, capaces de alterar su desarrollo normal e incluso provocar la muerte intrauterina.

En quinto lugar, los factores que inciden en el proceso del parto y la lactancia, afectando tanto al periodo de dilatación como al expulsivo, con posibles complicaciones obstétricas. Un efecto adverso de la exposición a estímulos estresantes, tanto físicos como psicológicos, puede ser la inducción de contracciones uterinas prematuras, mediadas por niveles elevados de cortisol. Sexto, los factores que influyen en las fases tempranas del desarrollo posnatal —pueden condicionar la adaptación del recién nacido al medio extrauterino— y aquellos que afectan al desarrollo posnatal tardío de la descendencia, con potenciales consecuencias en la salud y la maduración física, cognitiva y reproductiva. Entre los riesgos asociados se incluyen un mayor riesgo de cáncer infantil, una mayor propensión a padecer alergias, malformaciones cardíacas, enfermedades cardiovasculares, cáncer de testículo, diabetes, obesidad y alteraciones en el desarrollo neurológico. En séptimo lugar, los factores transgeneracionales, con efectos hereditarios de base genética.

### 4.1. Tóxicos para la reproducción femenina y masculina

Las mujeres y los hombres pueden verse afectados de manera distinta por la exposición a productos químicos, radiación, vibraciones o calor, debido a las diferencias intrínsecas entre sus sistemas reproductores. La exposición a agentes reprotóxicos puede impactar en el normal funcionamiento sexual, la salud menstrual, la fertilidad tanto en mujeres como en hombres, el embarazo, la lactancia, ciertos tipos de cáncer (como los de próstata, mama o cuello del útero), la menopausia y el desarrollo infantil<sup>30</sup>.

Es necesario tener en cuenta las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, como<sup>31</sup>: diferencias anatómicas (masa y tamaño de los órganos, composición corporal, volumen y flujo sanguíneos o capacidad pulmonar); diferencias fisiológicas (menstruación, embarazo o menopausia), genéticas, moleculares y bioquímicas; y diferencias socioculturales relacionadas con las expectativas, los roles y las características asociadas a mujeres y hombres que puedan impactar en la exposición laboral (contacto con ciertos productos o estilos de vida).

El sistema reproductor masculino puede verse afectado por diversos riesgos presentes en el lugar de trabajo, los cuales pueden derivar en una disminución en el recuento de espermatozoides, un cambio en su forma, o problemas en la trasmisión del espermatozoides y el rendimiento sexual. Los

30 Organización Mundial de la Salud, "Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres: guía para empleadores y representantes de los trabajadores", serie protección de la salud de los trabajadores, núm. 11, 2011, pág. 11.

31 Arrimadas Berzosa, C. y Ugena Díaz, L.: "Exposición laboral a agentes reprotóxicos: una mirada con perspectiva de género", *Seguridad y salud en el trabajo*, núm. 120, 2025, pág. 23.

productos químicos nocivos se acumulan en el epidídimo, las vesículas seminales o la próstata<sup>32</sup>. Estos efectos no solo comprometen la fertilidad masculina, sino que también pueden tener repercusiones sobre el embarazo, incluyendo la aparición de defectos congénitos, muertes prenatales o complicaciones en el desarrollo del feto. Si un riesgo para la reproducción es portado en el semen, el feto está expuesto dentro del útero, lo que causa problemas con el embarazo o con la salud del recién nacido.

De ahondar en los efectos de los reprotóxicos en las mujeres, procede indicar que, a diferencia de la gónada masculina, la gónada femenina posee un número limitado de células germinales desde el nacimiento y, por consiguiente, cualquier daño puede derivar en una disminución de la fecundidad, un mayor riesgo de gestaciones malogradas, menopausia precoz o infertilidad. Esta particularidad biológica de la gónada femenina constituye el argumento central para la implementación de medidas preventivas específicas a lo largo de toda la vida fértil de la mujer, con el fin de preservar su capacidad reproductiva y minimizar los riesgos asociados a la exposición a agentes nocivos.

Aun cuando, la mayoría de las trabajadoras pueden desempeñar sus tareas de manera segura durante el embarazo, este estado fisiológico puede favorecer una mayor absorción de ciertas sustancias químicas, como algunos metales, en el torrente sanguíneo. Los cambios asociados al embarazo en el sistema inmunitario, la capacidad pulmonar e incluso en la laxitud de los ligamentos pueden modificar el riesgo de sufrir lesiones o enfermedades en el entorno laboral.

Además, algunas exposiciones químicas resultan más peligrosas para el feto que para un adulto, debido a la rapidez de su desarrollo y a su menor tamaño, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a agentes tóxicos. Para muchas sustancias químicas, la evidencia disponible sobre los niveles de exposición que pueden resultar dañinos para el feto sigue siendo limitada. Asimismo, ciertos agentes —incluidos sus metabolitos— pueden, en concentraciones suficientes, afectar a la salud del lactante. Las radiaciones ionizantes se han asociado con la aparición de cáncer en algunos niños cuyas madres estuvieron expuestas durante el embarazo; para reducir estos riesgos, se ha minimizado el uso de rayos X en mujeres gestantes, se han incorporado equipos de diagnóstico con tecnologías que disminuyen la exposición y se emplean pantallas y barreras protectoras durante los procedimientos.

El anexo I de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia, contiene una lista no exhaustiva de los agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que deben evaluarse en la protección de la maternidad. El art. 26 de la LPRL, dedicado a la “protección de la maternidad”, señala que la evaluación de riesgos deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente, así como en el periodo de

32 Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, “Efectos de los riesgos ocupacionales en la salud reproductiva del hombre”, *NIOSH*, núm. 96-132, 1996 (modificado en 2015), pág. 3.



lactancia, a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en su salud, la del feto o la del recién nacido o nacida. El precepto establece el tipo de actuaciones a seguir cuando exista riesgo: adaptación de las condiciones de trabajo, adaptación del tiempo de trabajo y cambio de puesto de trabajo. Si el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pudiera razonablemente exigirse, será posible declarar el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo.

En fin, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 insta a desarrollar actuaciones para impulsar la prevención de la exposición de las personas trabajadoras a sustancias y agentes peligrosos, incluyendo los reprotóxicos y medicamentos peligrosos<sup>33</sup>. Como es sabido, existen diferencias de género en la forma en que algunas sustancias se metabolizan o se acumulan en el organismo y, por ello, sería deseable aplicar una serie de medidas como: evaluar y medir las sustancias peligrosas prevalentes en los trabajos dominados por hombres y mujeres; considerar los impactos específicos de los productos químicos peligrosos en la salud reproductiva de las mujeres; promover una mejor vigilancia de la salud; ofrecer información y formación en materia de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores; sensibilizar a quienes realizan las evaluaciones de riesgos sobre las cuestiones de género a tener en cuenta en la materia; y planificar campañas de inspección en sectores y actividades especialmente feminizadas, prestando especial atención a aquellas con mayor exposición a reprotóxicos.

### 4.2. Sustancias químicas reprotóxicas

Un agente químico peligroso puede representar un riesgo para la seguridad y salud del personal debido a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas y a la forma en que se utiliza o se halla presente en el lugar de trabajo. Los trabajadores pueden transportar inadvertidamente sustancias químicas adheridas a la piel, el cabello, la ropa o el calzado, lo que amplía el riesgo de exposición a los miembros de su entorno familiar.

El anexo I del Reglamento (CE) n° 1272/2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, establece los criterios que permiten identificar aquellas sustancias consideradas tóxicas para la reproducción (Reglamento CLP).

Estas sustancias se clasifican en distintas categorías según el grado de evidencia de sus efectos. En primer lugar, se encuentran los reprotóxicos de categoría 1, dentro de la cual hay dos grupos: la categoría 1A, que incluye aquellas sustancias respecto de las cuales existe evidencia suficiente en humanos que confirma su toxicidad para la reproducción, y la categoría 1B, que agrupa sustancias de las que únicamente se dispone de datos en animales que permiten suponer razonablemente su toxicidad para la reproducción humana. En segundo lugar, las sustancias de categoría 2 abarcan

33 Resolución de 20 de abril de 2023, de la Secretaría de Estado de Empleo y Economía Social, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 14 de marzo de 2023, por el que se aprueba la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027.

aquellos compuestos de los que existe la sospecha de que pueden ser tóxicos para la reproducción humana; sin embargo, las pruebas disponibles, tanto en estudios realizados en humanos como en animales, no resultan lo suficientemente sólidas o concluyentes como para justificar su inclusión en la categoría 1. Por último, los efectos sobre la lactancia o a través de ella se enmarcan en una categoría específica y diferenciada.

La identificación y el acceso a información sobre estas sustancias químicas pueden efectuarse a través de la etiqueta del producto y de la ficha de datos de seguridad, herramientas de gran utilidad tanto para las empresas como para las personas trabajadoras<sup>34</sup>. En este sentido, los agentes reprotóxicos deben ir acompañados de un pictograma de peligro y estar claramente señalados mediante las correspondientes indicaciones establecidas en la normativa.

Ahora bien, una gran parte de las sustancias químicas presentes en los entornos laborales no ha sido objeto de un análisis específico que permita determinar su posible incidencia en la salud reproductiva, lo que genera un punto ciego relevante en materia de prevención.

De centrar la atención en los factores químicos capaces de producir trastornos reproductivos, procede señalar, que varios metales han sido clasificados como sustancias tóxicas para el desarrollo fetal. El plomo es la sustancia que más contribuye a las enfermedades derivadas de las sustancias tóxicas para la reproducción, en tanto puede afectar a la función sexual y a la fertilidad, se transfiere con facilidad de la madre al feto y también puede dañar el sistema nervioso. En este sentido, una vez absorbido, este metal pesado tiende a acumularse en el organismo, presentando semividas que varían desde varios días hasta varios años. La fabricación y el reciclaje de pilas constituyen, con diferencia, las actividades que mayor consumo de plomo registran; no obstante, la exposición a este elemento también puede producirse en sectores como la construcción y la demolición, así como en los procesos de fundición y manipulación de metales desechados.

La Directiva (UE) 2024/869 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de marzo de 2024, ha revisado, por primera vez en 40 años, los valores límite de exposición profesional al plomo y a sus compuestos inorgánicos, reduciéndolos a una quinta parte. El nuevo límite de exposición laboral al plomo es de 0,03 miligramos por metro cúbico ( $\text{mg}/\text{m}^3$ ), disminuyendo notablemente el anterior valor de 0,15  $\text{mg}/\text{m}^3$ . El valor límite biológico para el plomo en sangre pasa de 70 microgramos por 100 mililitros (70  $\mu\text{g}/100\text{ml}$ ) a 15  $\mu\text{g}/100\text{ml}$ , con un periodo transitorio hasta 2028 donde el límite será de 30  $\mu\text{g}/100\text{ml}$ . Para las trabajadoras en edad fértil, se aplicará un valor límite más bajo de 4,5  $\mu\text{g}/100\text{ml}$  para las medidas de vigilancia médica.

El uso extendido de disolventes en múltiples procesos industriales implica que el número de trabajadores potencialmente expuestos resulte considerablemente elevado. Si bien en algunos casos no se disponen de datos suficientes para establecer con certeza la relación entre la exposición a determinados disolventes y la aparición de anomalías reproductivas, existe un consenso científico en torno a que este grupo de compuestos químicos está vinculado a la generación de trastornos

34 Arrimadas Berzosa, C. y Ugena Díaz, L.: "Exposición laboral a agentes reprotóxicos: una mirada con perspectiva de género", *cít.*, pág. 24.

reproductivos en los seres humanos como<sup>35</sup>: alteraciones en la fertilidad masculina, debido a una reducción del número de espermatozoides (por ejemplo, exposición al 2-etoxietanol); un aumento de periodos menstruales irregulares, dolorosos y con hemorragias intensas (benceno, estireno o tricloroetileno); o un mayor riesgo de abortos espontáneos en las mujeres (éteres de glicol y sus acetatos). También se ha descubierto un vínculo potencial entre la exposición de los varones y la tasa de abortos espontáneos de sus parejas.

Las resinas epoxi pueden provocar anomalías testiculares, disfunción eréctil, dificultades de eyaculación y alteraciones en el ciclo menstrual. De hecho, el bisfenol A (BPA) emerge como un prominente disruptor endocrino y estudios epidemiológicos han evidenciado una relación entre la exposición a bisfenoles y la calidad del espermatozo<sup>36</sup>. En la misma línea, algunos pesticidas están asociados a cambios hormonales, reducción de la fertilidad, abortos espontáneos, defectos de nacimiento y dificultades de aprendizaje o discapacidades del desarrollo en niños.

Por otra parte, los trabajadores de la salud también trabajan con medicamentos de quimioterapia, medicamentos antivirales y gases anestésicos, mientras los veterinarios a menudo utilizan medicamentos antineoplásicos. Algunos medicamentos presentan efectos adversos conocidos para el desarrollo fetal; sin embargo, la información sobre las consecuencias de la exposición profesional aún es escasa. La Directiva 2004/37/CE sobre agentes carcinógenos, mutágenos o reprotóxicos, constituye el principal instrumento legislativo para abordar los riesgos relacionados con la exposición durante el trabajo a los medicamentos peligrosos. El art. 18 bis de la Directiva (UE) 2022/431 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2022, por la que se modifica la Directiva 2004/37/CE, instaba a la Comisión a desarrollar, teniendo en cuenta los últimos avances en los conocimientos científicos, una definición y establecer una lista indicativa de medicamentos peligrosos, a más tardar el 5 de abril de 2025.

El 20 de febrero de 2025, la Comisión Europea publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea la Comunicación C/2025/1150, aportando una lista indicativa de fármacos peligrosos, en cumplimiento de dicho precepto<sup>37</sup>. Esta lista complementa la Guía para la gestión segura de medicamentos peligrosos en el trabajo publicada por la Comisión Europea en 2023. Los medicamentos peligrosos incluyen, por ejemplo, algunos antivirales, inmunosupresores y antineoplásicos. El documento solo puede considerarse un elemento indicativo, no vinculante y complementario de la evaluación de riesgos.

De igual modo, conviene señalar el riesgo derivado las partículas presentes en las emisiones de los motores diésel, las nanopartículas de origen industrial y las liberadas durante actividades como

35 Kuhl, K. *et al.*, "Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción", págs. 17 y 18.

36 Martínez, M<sup>a</sup>.A. *et al.*, "Exploring the association between urinary bisphenol A, S, and F levels and semen quality parameters: Findings from Led-Fertyl cross-sectional study", *Environmental Research*, núm. 263, 2024, pág. 1.

37 Comunicación de la Comisión, de 20 de febrero de 2025, "Lista indicativa de medicamentos peligrosos de conformidad con el artículo 18 bis de la Directiva 2004/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición durante el trabajo a agentes carcinógenos, mutágenos o reprotóxicos (C/2025/1150)", Diario Oficial de la Unión Europea.

la soldadura. Estas partículas finas y ultrafinas poseen la capacidad de depositarse en los pulmones tras su inhalación, resultando su eliminación lenta y limitada. Una vez en el tejido pulmonar, pueden desencadenar procesos inflamatorios persistentes y generar estrés oxidativo en las vías respiratorias. A su vez, la producción de mediadores inflamatorios puede interferir en la función reproductiva y afectar negativamente al desarrollo fetal<sup>38</sup>. Si estas partículas logran pasar al torrente sanguíneo, no se descarta su impacto directo sobre el aparato reproductor, la placenta o el desarrollo fetal. La toxicidad también puede ser el resultado de los compuestos tóxicos unidos a las partículas.

Particularmente interesante resulta el análisis de los nanomateriales y su interacción con el cuerpo humano, habida cuenta de su aplicación en una amplia gama de actividades. Habitualmente, estos materiales están compuestos por nanopartículas de óxido de zinc, nanopartículas de dióxido de titanio, nanopartículas de sílice, nanopartículas de plata, nanopartículas de oro y nanopartículas poliméricas, entre otras<sup>39</sup>. En la actualidad, los nanomateriales se utilizan en la reducción de contaminantes orgánicos en agua; como transportadores de fármacos y biomarcadores para la detección de cáncer; en la encapsulación de nutrientes; o para incrementar la resistencia de los tejidos en la industria textil<sup>40</sup>. La exposición laboral a nanomateriales puede producirse en cualquiera de las fases de su ciclo de vida, desde la fabricación y la incorporación en productos intermedios o finales, hasta su uso profesional y la gestión de los residuos que los contienen, así como durante la realización de tareas de mantenimiento y limpieza<sup>41</sup>.

Si bien tienen propiedades físico-químicas excepcionales y muy beneficiosas para múltiples sectores, los estudios sugieren que las nanopartículas pueden acumularse en las células e inducir toxicidad. Las nanopartículas inhaladas o ingeridas por una embarazada tienen la capacidad de atravesar la barrera placentaria hacia el sistema de circulación sanguínea embrionaria, lo que puede afectar al desarrollo del embrión; una vez en los tejidos fetales, son capaces de causar estrés oxidativo<sup>42</sup>. Del mismo modo, las nanopartículas acumuladas en las barreras primarias del tejido materno pueden desencadenar la liberación de mediadores inflamatorios y factores de señalización solubles que, al alcanzar la placenta y el feto, provocan efectos tóxicos.

Desde un punto de vista más optimista, el “veneno” podría ser el “antídoto”, pues la nanotecnología permite el desarrollo de nuevas terapias basadas en nanopartículas para abordar complicaciones durante el embarazo. Una validación y estandarización más rigurosa de las pruebas de toxicidad resultaría sumamente oportuna para garantizar un uso seguro de las nanopartículas. Es más, en el

38 Kuhl, K. et al., “Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción”, pág. 23.

39 Rodríguez Rodríguez, S., “Nanopartículas, enemigas ‘invisibles’ del embarazo”, *MoleOla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, núm. 45, 2022, pág. 1.

40 Del Carmen Salinas Pérez, F. et al., “Pruebas toxicológicas para la evaluación de nanomateriales”, *Pädi Boletín Científico de Ciencias Básicas e Ingenierías del ICBI*, núm. extra 11, 2023, págs. 88 y 89.

41 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, *Seguridad y salud en el trabajo con nanomateriales*, Madrid, 2015, pág. 13.

42 Rodríguez Rodríguez, S., “Nanopartículas, enemigas ‘invisibles’ del embarazo”, *cit.*, pág. 2.



campo de la medicina reproductiva, las nanopartículas han demostrado ser un importante aliado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos relacionados con la infertilidad. Además, se han empleado en terapias frente a afecciones oncológicas (cáncer de próstata y cáncer de ovario y útero) y para el tratamiento de enfermedades no cancerosas como la endometriosis, las infecciones genitales o los fibromas uterinos<sup>43</sup>.

El presente apartado no podría concluir sin una referencia a los alteradores endocrinos, presentes en multitud de sectores como agricultura, limpieza, fabricación de plásticos o construcción. La Organización Mundial de la Salud considera que un alterador endocrino es una “sustancia química exógena o una mezcla de ellas que altera las funciones del sistema endocrino causando efectos adversos para la salud en un individuo sano o sus descendientes”<sup>44</sup>. Los alteradores endocrinos alteran el equilibrio hormonal y pueden ser naturales, sintéticos, industriales o subproductos. Actúan imitando la acción de una hormona natural, bloqueando los receptores hormonales de las células o alterando la concentración natural de hormonas en el organismo.

Estas sustancias pueden modificar la velocidad de crecimiento, el desarrollo y el funcionamiento de los órganos sexuales, la reproducción y el comportamiento de las personas. Entre las enfermedades asociadas a los alteradores endocrinos se citan las alteraciones de la capacidad reproductiva de mujeres y hombres, así como cánceres en órganos del sistema reproductivo. Los daños en la salud reproductora incluyen pubertad precoz, reducción de la fecundidad femenina, síndrome de ovarios poliquísticos, reducción de la fertilidad y daños congénitos, endometriosis, fibroides uterinos, disminución de la calidad del semen, criptorquidia e hipospadias<sup>45</sup>. A mayor abundamiento, sus efectos pueden ser hereditarios, de modo que las generaciones posteriores padecen distintas afecciones, aun cuando no han estado directamente expuestas.

El Reglamento (CE) n° 1907/2006 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y mezclas químicas (Reglamento REACH), incluye a los alteradores endocrinos en el grupo de sustancias extremadamente preocupantes. La Comisión Europea impulsó en 2018 la estrategia comunitaria en materia de alteradores endocrinos, introduciendo cambios en varios marcos normativos para incluir de manera específica criterios científicos para la determinación de las propiedades de alteración endocrina. Así, el Reglamento (CE) n° 1107/2009 relativo a la comercialización de productos fitosanitarios ha sido adaptado mediante el Reglamento Delegado (UE) n° 2018/605, de 19 de abril de 2018; mientras el Reglamento (UE) n° 528/2012 relativo a la comercialización y el uso de los biocidas fue modificado por el Reglamento Delegado (UE) n° 2017/2100, de 4 de septiembre de 2017.

Posteriormente, en 2020, la Comisión Europea puso en marcha la estrategia de sostenibilidad de la UE para las sustancias químicas, orientada a lograr un entorno libre de sustancias tóxicas, como parte del Pacto Verde Europeo, incorporando dentro de sus objetivos la gestión de aquellas

43 Hurtado Carrasco, J. y García Brenes, M.A., “¿Nanotecnología reproductiva?”, *MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, núm. 45, 2022, págs. 5-7.

44 Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, *Identificación de los alteradores endocrinos en el ámbito laboral*, Madrid, 2022, pág. 3.

45 Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, *Alteradores endocrinos. Identificar para evaluar y controlar*, Madrid, 2022, pág. 13.

sustancias con propiedades de alteración endocrina. El Reglamento 2020/878 de la Comisión, de 18 de junio de 2020, ha modificado el anexo II del Reglamento REACH a fin de incorporar los requisitos para incluir en la ficha de datos de seguridad información sobre estas sustancias.

El Reglamento Delegado (UE) 2023/707 de la Comisión, de 19 de diciembre de 2022, por el que se modifica el Reglamento CLP, ha incluido nuevas clases de peligro para proteger mejor a las personas y al medioambiente de los productos químicos peligrosos. Así, habida cuenta del conocimiento científico cada vez mayor en la identificación de sustancias altamente preocupantes debido a sus propiedades de alteración endocrina y en la identificación de sustancias PBT (persistentes, bioacumulables y tóxicas), mPmB (muy persistentes y muy bioacumulables), PMT (persistentes, móviles y tóxicas) y mPmM (muy persistentes y muy móviles), resulta imprescindible introducir nuevas clases de peligro. En concreto, establece para los alteradores endocrinos dos categorías de peligro, así como los criterios para clasificarlos en alguna de ellas.

En el ámbito nacional, a los alteradores endocrinos se les aplica la normativa de referencia sobre sustancias químicas y prevención de riesgos laborales. Las evaluaciones de riesgos por exposición a agentes químicos en el lugar de trabajo han de tomar en consideración la eventual presencia de alteradores endocrinos y adoptar, en caso necesario, propuestas de control de acuerdo con su peligrosidad.

### 4.3. Riesgos reprotóxicos de naturaleza no química: agentes biológicos, factores físicos y psicosociales

El empresario debe tener en cuenta en la evaluación de riesgos los agentes biológicos y los factores físicos y psicosociales que puedan ejercer efectos de toxicidad en la salud sexual y reproductiva del personal. También hay estudios sobre los efectos de las horas de trabajo, los turnos y las cuestiones ergonómicas en la reproducción, de forma que es necesario examinar la organización del trabajo en las empresas. En cualquier caso, los trabajadores pueden estar expuestos no únicamente a agentes individuales, sino también a mezclas o combinaciones de varios factores simultáneamente.

Los agentes biológicos son microorganismos (bacterias, virus, hongos, cultivos celulares, etc.) capaces de originar enfermedades o afectar a la salud humana. Los trabajadores pueden estar expuestos a agentes biológicos de forma directa, al manipularlos en actividades como las realizadas en laboratorios de investigación, o de manera indirecta, como ocurre en el caso de profesionales sanitarios, ganaderos, agricultores o empleados de plantas de clasificación de residuos. Los agentes infecciosos pueden influir negativamente en la fertilidad y ocasionar efectos adversos durante el embarazo, entre ellos parto prematuro, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, trastornos del desarrollo o cáncer infantil. Las exposiciones a ciertos agentes infecciosos como el citomegalovirus, la rubéola o la toxoplasmosis, se asocian a un mayor riesgo de defectos congénitos<sup>46</sup>.

46 Kuhl, K. et al., "Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción", pág. 34.

Profesionales sanitarios, docentes, cuidadores de niños pequeños y trabajadores que mantienen contacto frecuente con animales pueden estar más expuestos a dichos agentes, lo que evidencia la importancia de implementar medidas preventivas eficaces, como el control estricto de la higiene, el uso de equipos de protección adecuados, la vigilancia de la inmunización y la promoción de programas de educación sanitaria dirigidos a los colectivos de mayor riesgo. Resulta oportuno investigar los agentes sobre los que existe la sospecha de que influyen en la reproducción en aras de identificar las eventuales complicaciones y adoptar medidas. Al implementar medidas preventivas se tendrán en cuenta la naturaleza del agente biológico, sus vías de transmisión, la probabilidad de contagio, las estrategias de control disponibles —como el aislamiento físico— y la aplicación de prácticas de higiene habituales. El empresario deberá llevar a cabo pruebas de inmunidad en aquellos trabajadores que desarrollen actividades consideradas de riesgo.

Por otro lado, en el ámbito laboral existen numerosos procesos industriales y condiciones de trabajo en los que los agentes físicos representan un riesgo significativo, con una marcada influencia sobre la salud de la población trabajadora. Los agentes físicos actúan sobre el organismo humano, manifestándose como energía mecánica (ruido, vibraciones), energía calórica (calor y frío) o energía electromagnética (radiaciones).

La exposición a radiación ionizante puede afectar a distintos colectivos profesionales, entre ellos dentistas, auxiliares de odontología, personal médico y técnico en radiología, especialistas en medicina nuclear, radiólogos, trabajadores de laboratorio que manipulan radioisótopos, investigadores especializados o empleados de plantas nucleares. Los efectos adversos de esta exposición sobre el padre, la madre o el feto en desarrollo dependen de la cantidad de energía absorbida por los tejidos diana, pudiendo provocar muerte celular, mutaciones en el ADN, daños cromosómicos e incluso cáncer. En las investigaciones sobre posibles trastornos de la reproducción relacionados con los campos eléctricos y magnéticos los resultados no se consideran en general lo bastante claros y consistentes; no obstante, se recomienda evitar los campos electromagnéticos fuertes<sup>47</sup>.

Algo semejante ocurre con la exposición al frío, pues no parece producir impactos adversos significativos en hombres o en mujeres embarazadas; sin embargo, la prevención frente a temperaturas bajas debe seguir las buenas prácticas laborales establecidas. En cambio, la permanencia en lugares de trabajo con altas temperaturas se ha asociado en el caso de los varones con daños en las células germinales, disminuyendo tanto el número como la movilidad de los espermatozoides. En paralelo, los ambientes con niveles de ruido muy elevados pueden afectar a la salud reproductiva, determinando una disminución de la fertilidad, alteraciones en el ciclo menstrual y un mayor riesgo de parto prematuro; mientras, la vibración continuada también se ha vinculado con una reducción de la fertilidad. Los trabajadores deben evitar realizar tareas que impliquen riesgos derivados de la exposición a vibraciones, fundamentalmente aquellas de baja frecuencia o que generen impactos y sacudidas en la parte inferior del cuerpo.

---

47 CC.OO., *Guía sobre riesgos laborales durante la reproducción, embarazo y lactancia*, Secretaría de Salud Laboral CC.OO. Castilla y León, 2007, pág. 22.

En este punto del discurso, se ha de parar la atención en otras condiciones de trabajo que influyen en la salud sexual y reproductiva, pues hoy se sabe que existen factores de riesgo ligados a la complejidad de la tarea, el ritmo de trabajo, la necesidad de adaptarse a tareas diferentes, el aumento de la carga de trabajo o incluso el sedentarismo. De hecho, las actividades realizadas en posición sentada guardan relación con un incremento de la temperatura local de los testículos, reduciendo la movilidad de los espermatozoides. En el extremo opuesto, en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico significativo se han observado problemas en el sistema reproductor femenino, tales como irregularidades menstruales, amenorrea u oligomenorrea.

Si la carga de trabajo provoca estrés y ansiedad, esto puede derivar en la inhibición del deseo sexual. Trabajar bajo altos niveles de fatiga, especialmente cuando se combina con jornadas prolongadas y periodos de descanso insuficientes, puede disminuir la fertilidad. Las trabajadoras por turnos presentan, con mayor frecuencia, síntomas como el estrés, irritabilidad, agitación, ansiedad, nerviosismo, cansancio y falta de energía, los cuales impactan negativamente en el curso del embarazo. La desincronización de los ritmos biológicos del organismo típica del trabajo a turnos y nocturno puede afectar tanto a la fertilidad como al desarrollo del feto: primero, la alteración de los ritmos biológicos maternos interfiere en la capacidad del feto para sincronizar sus propios ritmos; y segundo, al desincronizar dichos ritmos maternos, se alteran marcadores temporales esenciales para procesos de desarrollo que requieren una estricta coordinación<sup>48</sup>.

Finalmente, en relación con los riesgos psicosociales, el estrés en las mujeres embarazadas afecta al feto tanto por cambios fisiológicos como por alteraciones en el comportamiento de la madre. El aumento de hormonas del estrés, como el cortisol, modifica el entorno hormonal materno y puede traspasar la placenta, impactando en el desarrollo fetal y neurológico. Es más, el estrés reduce el flujo de sangre hacia la placenta, comprometiendo el intercambio de nutrientes y oxígeno. El sistema inmunitario de la madre también se resiente por el estrés, aumentando la susceptibilidad a infecciones con posibles repercusiones sobre el feto.

#### 4.4. Medidas preventivas y de protección a raíz del Real Decreto 612/2024

El Real Decreto 612/2024, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo, tiene por objeto ajustar su contenido a la Directiva (UE) 2022/43. Esta actualización integra la protección frente a agentes reprotóxicos capaces de producir efectos adversos sobre la función sexual y la fertilidad de hombres y mujeres adultos, así como sobre el desarrollo de los descendientes o la lactancia. La norma introduce nuevas definiciones, adapta las medidas preventivas para su correcta aplicación a estos agentes y establece valores límite. Así pues, sustituye la tabla de valores límite de exposición profesional, añadiendo dos agentes cancerígenos y doce agentes reprotóxicos y reduciendo el valor límite del benceno.

48 Kuhl, K. *et al.*, "Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción", pág. 39.



En lo relativo a la evaluación de los riesgos, las novedades más significativas se refieren: de un lado, a la manera de llevarla a cabo, que deberá realizarse considerando la guía técnica de riesgos elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; de otro, a la mayor protección conferida a los trabajadores especialmente sensibles, debido a la conveniencia de que dichas personas no trabajen en zonas donde puedan estar en contacto con agentes reprotóxicos. Cabe recordar que el art. 25 de la LPRL, dedicado a los trabajadores especialmente sensibles, ya establecía la obligación del empresario de considerar en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan perjudicar a la función reproductiva de las personas trabajadoras y, en particular, la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos con efectos mutagénicos o tóxicos para la reproducción. Estas disposiciones, en definitiva, responden al principio de adaptación del trabajo a la persona<sup>49</sup>.

Procede matizar que el empleador tendrá debidamente en cuenta la posibilidad de que pudiera no existir un nivel de exposición seguro para la salud de la plantilla. Al ampliar el ámbito de aplicación, la norma diferencia entre “agente reprotóxico sin umbral” —para el que no hay un nivel de exposición seguro— y “agente reprotóxico con umbral” —para el que sí existe un nivel de exposición seguro por debajo del cual no hay riesgos para la salud—, haciendo la distinción correspondiente en la columna de observaciones del anexo III.

La evaluación de los riesgos ha de mantenerse actualizada, revisándose periódicamente, en función de la naturaleza y gravedad del riesgo y la posibilidad de que este se incremente por causas que pasen inadvertidas. Igualmente, hay que tomar en consideración los criterios de la guía técnica del INSST cuando se produzcan cambios en las condiciones que puedan afectar a la exposición de los trabajadores a agentes reprotóxicos; cuando se hayan detectado alteraciones de la salud de los empleados que puedan deberse a la exposición a dichos agentes; o cuando el resultado de los controles periódicos ponga de manifiesto la posible inadecuación o insuficiencia de las medidas de prevención y de protección.

Los trabajadores recibirán formación e información detallada basada en todos los datos disponibles, que deberán actualizarse conforme avancen los conocimientos sobre los riesgos existentes y se identifiquen nuevos peligros.

Entre las medidas de higiene personal y protección individual, el texto legal dispone que los trabajadores identificados en la evaluación de riesgos como expuestos a agentes cancerígenos, mutágenos o reprotóxicos dispondrán, dentro de la jornada laboral, del tiempo para su aseo personal, fijando un máximo de 10 minutos antes de la comida y otros 10 minutos antes de abandonar el trabajo. En ningún caso se podrá acumular este tiempo ni utilizar para fines distintos.

Asimismo, la vigilancia de la salud será obligatoria para el trabajo con un agente carcinógeno, mutágeno o reprotóxico, cuando se haya fijado un valor límite biológico en el anexo III bis. Este anexo solo establece un valor límite biológico para el plomo y sus compuestos inorgánicos, de manera

49 Castro Medina, R., “Estructura jurídico-social de protección laboral para la mujer trabajadora contemporánea en situaciones relacionadas con la maternidad”, *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, núm. 2, 2023, pág. 222.

que los empleados expuestos a una concentración en el aire superior a dicho límite deberán someterse a un reconocimiento médico<sup>50</sup>.

Si algún trabajador padece un trastorno que pueda estar relacionado con la exposición a agentes reprotóxicos o si se constata que ha superado un valor límite biológico, el personal médico o las autoridades sanitarias podrán requerir que otros trabajadores con exposiciones similares sean sometidos a vigilancia adecuada y específica de la salud.

A modo de cierre, el empresario tiene el deber de conservar el listado de los trabajadores expuestos a agentes reprotóxicos y sus historiales médicos, una vez ha finalizado la exposición, al menos, durante cinco años. A su vez, existe la obligación de comunicar a la autoridad laboral todos los casos de cáncer, efectos adversos sobre la función sexual y la fertilidad de personas trabajadoras adultas o toxicidad para el desarrollo de los descendientes reconocidos como contingencia profesional.

## 5. CONCLUSIONES

La denominada brecha de género del dolor refleja un fenómeno estructural que trasciende el ámbito clínico y se proyecta directamente sobre las relaciones laborales y la igualdad de oportunidades. La desvalorización histórica de las “enfermedades de mujeres” —por ejemplo, menstruación dolorosa, endometriosis, menopausia o algunos trastornos asociados a la fertilidad— no solo evidencia un sesgo androcéntrico en la investigación y la práctica médica, sino que también perpetúa la invisibilidad de las necesidades específicas de salud de las trabajadoras. Desde una perspectiva jurídica, esta brecha se traduce en una insuficiente respuesta normativa y preventiva por parte del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. De hecho, el estudio realizado revela que, pese a los avances normativos recientes y la doctrina judicial de los últimos años, persisten importantes desafíos en la integración real de la perspectiva de género.

En primer lugar, la Ley Orgánica 1/2023 incorpora tres nuevos supuestos de bajas por incapacidad temporal, esto es, en caso de menstruación dolorosa, interrupción del embarazo y gestación en estado avanzado. No obstante, estas situaciones especiales han suscitado dudas tanto desde el punto de vista conceptual, como respecto a su coherencia con el esquema tradicional de protección por incapacidad de la Seguridad Social.

En paralelo, la escasa utilización de la baja por dismenorrea secundaria evidencia la necesidad de prever mecanismos complementarios que incluyan la sensibilización, la negociación colectiva en esta materia —hoy en día brillan por su ausencia las referencias a la menstruación en los convenios colectivos—, la opción por el teletrabajo y la posibilidad de alcanzar acuerdos individuales o colec-

50 Alegre Nueno, M., “Novedades en la protección de las personas trabajadoras frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos, mutágenos o reprotóxicos”, en AA.VV. (Casas Baamonde, M<sup>a</sup>E. Coord.), *Los Briefs de la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social: las claves de 2024*, Cinca, Madrid, 2025, pág. 310.

tivos que permitan adaptar la jornada o las funciones según las circunstancias concretas de cada mujer. De este modo, se podrían minorar aquellos efectos estigmatizadores que han sido objeto de debate tras la entrada en vigor del texto legal, evitando el tan temido y nocivo *backlash* empresarial.

La causa de incapacidad temporal por interrupción del embarazo aparece correctamente diferenciada de otras contingencias, garantizando un tratamiento uniforme de los casos. En cambio, la incapacidad temporal por gestación avanzada desde la semana trigésima novena hasta la fecha del parto permite entrever ciertos tintes economicistas. La figura de la incapacidad temporal no parece encajar adecuadamente, pues existen otras prestaciones del sistema que podrían ofrecer una protección más idónea para la salud de la gestante en esta fase. En todo caso, resulta crucial evitar que la protección a las gestantes restablezca la analogía entre embarazo y enfermedad.

En segundo término, la normativa debe avanzar hacia una comprensión integral de la salud reproductiva que no se limite a la maternidad. Cuestiones como la menopausia, la andropausia, la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida siguen recibiendo una escasa atención por parte del legislador y del diálogo social.

La infertilidad femenina en España responde, en buena medida, a factores de índole social que condicionan y retrasan el momento de la maternidad. Paralelamente, el acceso a las técnicas de reproducción asistida ha estado históricamente sujeto a criterios restrictivos que han propiciado un enfoque discriminatorio hacia las familias monoparentales, las mujeres sin pareja y las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+.

Por suerte, la reforma introducida por la Orden SND/1215/2021 representó un avance significativo al eliminar los requisitos de carácter discriminatorio y reconocer el derecho de todas las mujeres —con independencia de su orientación sexual, identidad de género o situación familiar— a acceder a las técnicas de reproducción asistida en el sistema sanitario público. Sin embargo, pese a este loable progreso normativo, muchas mujeres siguen enfrentando prejuicios en sus entornos laborales cuando se someten a tratamientos de fertilidad.

Así pues, el Tribunal Supremo ha tenido la oportunidad de analizar si el despido disciplinario, producido tras un aborto y mientras la trabajadora se encontraba en tratamiento de fertilidad, debe considerarse nulo por implicar una vulneración de derechos fundamentales. De esta manera, ha establecido, de manera contundente, que la nulidad de un despido producido durante un tratamiento de fertilidad no opera de forma automática. Para que dicha nulidad pueda estimarse, resulta necesario que la empresa tenga conocimiento de la situación al momento de adoptar la decisión extintiva, a fin de poder valorar la eventual existencia de discriminación por razón de sexo. En este sentido, debe concurrir un panorama indiciario que permita inferir que la causa real del despido está vinculada a la condición femenina de la trabajadora y a las circunstancias médicas derivadas del tratamiento de fertilidad.

En tercer lugar, el estudio subraya el papel fundamental de la prevención de riesgos laborales en relación con los agentes reprotóxicos. En el entorno laboral pueden identificarse múltiples riesgos que afectan a la salud reproductiva, no solo vinculados a la exposición a sustancias químicas, sino

también a factores de naturaleza física, biológica, ergonómica y psicosocial. Asimismo, diversos estudios han puesto de manifiesto los efectos que pueden tener la duración de la jornada y los turnos de trabajo sobre la función reproductiva.

En las últimas décadas se ha constatado un incremento significativo de las complicaciones durante el embarazo, así como de los trastornos vinculados al desarrollo embrionario y fetal. Igualmente, se observa un aumento del número de personas con dificultades para concebir, lo que ha motivado que un porcentaje creciente de potenciales madres y padres recurra a técnicas y tratamientos de reproducción asistida.

Si bien la normativa en materia de seguridad y salud laboral ha centrado tradicionalmente su atención en la protección de las mujeres embarazadas, los riesgos reprotóxicos pueden afectar tanto a mujeres como a hombres, e incluso proyectar sus efectos sobre las generaciones futuras. Asimismo, la investigación científica ha puesto el foco en los denominados alteradores endocrinos, agentes medioambientales capaces de provocar alteraciones en los mecanismos de herencia transgeneracional y de comprometer la salud reproductiva de la población trabajadora.

En cualquier caso, resulta fundamental considerar las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, incluyendo aspectos anatómicos, fisiológicos, genéticos, moleculares y bioquímicos, así como las diferencias socioculturales vinculadas a las expectativas, roles y características asociadas a cada género, que podrían influir en la exposición laboral.

Como es sabido, existen diferencias de género en la forma en que ciertas sustancias se metabolizan o se acumulan en el organismo. Por ello, resulta recomendable implementar medidas tales como: evaluar y cuantificar las sustancias peligrosas prevalentes en ocupaciones predominantemente masculinas o femeninas; considerar los efectos específicos de los productos químicos sobre la salud reproductiva de las mujeres; sensibilizar a los profesionales encargados de la evaluación de riesgos sobre las cuestiones de género pertinentes; o planificar campañas de inspección en sectores y actividades feminizadas, prestando especial atención a aquellas con mayor exposición a reprotóxicos. No obstante, gran parte de las sustancias químicas presentes en los entornos laborales carece de análisis específicos que permitan determinar su posible impacto en la salud reproductiva, lo que constituye un importante punto ciego en materia de prevención.

Por último, el Real Decreto 612/2024, por el que se modifica el Real Decreto 665/1997, incorpora la protección frente a agentes reprotóxicos capaces de producir efectos adversos sobre la función sexual y la fertilidad de hombres y mujeres adultos, así como sobre el desarrollo de la descendencia y la lactancia.

Es importante precisar que el empleador debe considerar la posibilidad de que no exista un nivel de exposición seguro para la salud de la plantilla. Además, se establece la obligación de notificar a la autoridad laboral todos los casos de cáncer, impactos negativos sobre la función sexual y la fertilidad en trabajadores adultos, o toxicidad para el desarrollo de la descendencia, cuando sean reconocidos como contingencias profesionales.



## 6. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Alcorta Idiaquez, I., "Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida", *DS: Derecho y salud*, vol. 11, núm. 2, 2003.
- Alegre Nuevo, M., "Novedades en la protección de las personas trabajadoras frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos, mutágenos o reprotóxicos", en AA.VV. (Casas Baamonde, M<sup>a</sup>.E. Coord.), *Los Briefs de la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social: las claves de 2024*, Cinca, Madrid, 2025.
- Arrimadas Berzosa, C. y Ugena Díaz, L., "Exposición laboral a agentes reprotóxicos: una mirada con perspectiva de género", *Seguridad y salud en el trabajo*, núm. 120, 2025.
- Castro Medina, R., "Estructura jurídico-social de protección laboral para la mujer trabajadora contemporánea en situaciones relacionadas con la maternidad", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, núm. 2, 2023.
- CC.OO., *Guía sobre riesgos laborales durante la reproducción, embarazo y lactancia*, Secretaría de Salud Laboral CC.OO. Castilla y León, 2007.
- CES, Dictamen 9/2022 sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado en sesión ordinaria del Pleno del día 29 de junio de 2022.
- Damian Aucancela, M.C.; Jaya Baldeón, V.A. y López Orozco, S.A., "Innovaciones en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis: Perspectivas clínicas, educativas y tecnológicas", *Imaginario Social*, vol. 8, núm. 1, 2025.
- De Fuentes García-Romero de Tejada, C. y Armijo Suárez, O., "La nueva regulación de la dismenorrea o reglas dolorosas", en AA.VV. (Casas Baamonde, M<sup>a</sup>.E. Coord.), *Los Briefs de la Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social: las claves de 2023*, Cinca, Madrid, 2024.
- Del Carmen Salinas Pérez, F. et al., "Pruebas toxicológicas para la evaluación de nanomateriales", *Pädi Boletín Científico de Ciencias Básicas e Ingenierías del ICBI*, núm. extra 11, 2023.
- FAMS, "Prácticas discriminatorias en reproducción asistida", *Equipo de Estudios de la Federación de Asociaciones de Familias Monoparentales*, núm. 10, 2022.
- García Gil, M. B. y Castro Conte, M., "El derecho a la salud de las mujeres con especial referencia a las nuevas prestaciones de incapacidad temporal (Ley orgánica 1/2023, de 28 de febrero)", *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 480, 2024.
- Guamán, A., "¿Un Derecho del Trabajo feminista? La incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria o el derecho a trabajar sin dolor", *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, núm. 159, 2024.
- Hämmerli, S. et al., "Does Endometriosis Affect Sexual Activity and Satisfaction of the Man Partner? A Comparison of Partners From Women Diagnosed With Endometriosis and Controls", *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 15, núm. 6, 2018.
- Hurtado Carrasco, J. y García Brenes, M.A., "¿Nanotecnología reproductiva?", *MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, núm. 45, 2022.

## LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LAS RELACIONES LABORALES

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, *Seguridad y salud en el trabajo con nanomateriales*, Madrid, 2015.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, *Alteradores endocrinos. Identificar para evaluar y controlar*, Madrid, 2022.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, *Identificación de los alteradores endocrinos en el ámbito laboral*, Madrid, 2022.
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, "Efectos de los riesgos ocupacionales en la salud reproductiva del hombre", *NIOSH*, núm. 96-132, 1996 (modificado en 2015).
- Kuhl, K. et al., "Informe relevante sobre los agentes tóxicos para la reproducción", Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016.
- López Insua, B.M., "Derecho a trabajar 'sin dolor': la cara femenina de la incapacidad temporal tras la LO 1/2023, de 28 de febrero", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 11, núm. 2, 2023.
- Martínez, M<sup>a</sup>.A. et al., "Exploring the association between urinary bisphenol A, S, and F levels and semen quality parameters: Findings from Led-Fertyl cross-sectional study", *Environmental Research*, núm. 263, 2024.
- Molina Navarrete, C., "La diferencia (invisible) que duele: sobrerrepresentación femenina en las fibromialgias y migrañas, subestimación judicial de su incapacitación laboral. A propósito de las Sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia de Galicia 3751/2021, de 8 de octubre, y de Castilla-La Mancha 1512/2021, de 8 de octubre", *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 466, 2022.
- Molina Navarrete, C., "Salud reproductiva y bienestar de las trabajadoras: ¿un tiempo de nuevos 'derechos sexuados' desde la menstruación a la menopausia?", *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 471, 2022.
- Organización Mundial de la Salud, "Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres: guía para empleadores y representantes de los trabajadores", serie protección de la salud de los trabajadores, núm. 11, 2011.
- Palacios, E. y Jadresic, E., "Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, vol. 38, núm. 2, 2000.
- Poyatos i Matas, G., "De la histeria a la fibromialgia, 'las enfermedades de mujeres' que repugnan al Derecho", *Labos*, vol. 6, núm. 1, 2025.
- Ramos-Pichardo, J.D. et al., "Why Do Some Spanish Nursing Students with Menstrual Pain Fail to Consult Healthcare Professionals?", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21, 2020.
- Rodríguez Rodríguez, S., "Nanopartículas, enemigas 'invisibles' del embarazo", *MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, núm. 45, 2022.