

Con la financiación de:



DI-0007/2012



LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. PROPUESTAS DE MEJORAS PREVENTIVAS EN LAS EMPRESAS.

**DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES
PROFESIONALES EN ESPAÑA. MITOS Y REALIDADES.**

**LA TUTELA Y GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES
PROFESIONALES DE INTERÉS PARA LA COMUNIDAD**

EMPRESARIAL



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. METODOLOGIA

- Análisis documental
- Diseño de herramientas para la toma de información
- Análisis de información
- Elaboración de Estudio
- Elaboración de conclusiones

2. MARCO TEÓRICO: Profundización en el concepto de Enfermedad Profesional (E.P)

- 2.1 Modelos internacionales de Enfermedades Profesionales
- 2.2 El Modelo Español de Enfermedades Profesionales:
 - Cambio de paradigma. Novedades del Real Decreto 1299/2006
 - Claves de arco de las EE.PP
 - Ventajas del modelo español

3. FACTORES QUE INCIDEN EN EL RIESGO DE EE.PP

4. DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE LAS EE.PP EN ESPAÑA

- 4.1 Reconocimiento de las enfermedades profesionales en el marco del derecho comparado
- 4.2 Estado de la situación de las Enfermedades Profesionales en España. Análisis cuantitativo y cualitativo

5. MITOS Y REALIDADES DE LAS EE.PP en ESPAÑA

6. LA GESTIÓN DE LAS EE.PP EN ESPAÑA

7. LA TUTELA PREVENTIVA Y REPARADORA DE LAS EE.PP. ESTRATEGIAS PUBLICAS Y EMPRESARIALES

8. OPINION DE LOS EXPERTOS

CONCLUSIONES

ANEXOS

- Marco normativo
- Cuestionarios “tipo”
- Modelo de Parte de EE.PP

BIBLIOGRAFIA



INTRODUCCIÓN

Razones de oportunidad y necesidad de un estudio integral de las Enfermedades Profesionales en España

El fenómeno de las enfermedades profesionales en España desde una perspectiva integral y multidisciplinar que incluya el enfoque jurídico, la perspectiva médico sanitaria y el punto de vista de realización del trabajo y de prevención de riesgos laborales, constituye un ámbito de investigación con escasa literatura académica y ausencia significativa de investigaciones de carácter práctico.

Las razones de oportunidad y necesidad de un estudio de estas características son las siguientes:

- Analizar con profundidad las distintas variables tanto jurídicas como médicas que influyen en el procedimiento de declaración de enfermedades profesionales, en la evaluación de los factores de riesgo y en la identificación de medidas preventivas y reparadoras tales como las relacionadas con la realización del trabajo y la prevención de riesgos laborales.
- Clarificar el concepto técnico- legal de enfermedad profesional a partir del Real Decreto 1299/2006 y de la inclusión del concepto en la normativa de Seguridad Social (art 116 LGSS), precisando y analizando sus claves de arco así como las diferencias que representan respecto de otras contingencias reconocidas por nuestro sistema de Seguridad Social como el accidente de trabajo, las enfermedades comunes o las patologías no traumáticas relacionadas con el trabajo.
- Realizar un diagnóstico de situación de las enfermedades profesionales en España a partir de la información estadística existente desde la entrada en vigor del Real Decreto 1299/2006, con especial atención a las enfermedades profesionales con mayor incidencia en su declaración (Grupos 2 y 4), a las actividades económicas, a su vinculación o no con procesos de baja laboral y a los partes comunicados por patología.
- Realizar una aproximación comparativa de la información estadística de las enfermedades profesionales en España en relación con la situación de las enfermedades profesionales en el entorno europeo.
- Identificar, a partir de información científica contrastada, los mitos y realidades existentes en relación al fenómeno de las enfermedades profesionales en España.
- Analizar la gestión de las enfermedades profesionales en España y el procedimiento de diagnóstico, alerta, notificación, registro y calificación, así como identificar las claves principales de la tutela preventiva de las empresas y la tutela reparadora del sistema público de Seguridad Social.
- Conocer la percepción de los principales agentes involucrados en la gestión de las enfermedades profesionales (médicos del sistema nacional de salud, médicos de los servicios de prevención y de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, responsables de servicios de prevención y representantes de empresas).
- Identificar posibles estrategias de prevención eficaces para mejorar la gestión de las enfermedades profesionales en España.



1. METODOLOGIA

PARÁMETROS DE LA INVESTIGACIÓN

El esquema de la presente investigación es la preparación de las condiciones que posibilitan la recogida y el análisis de los datos, de tal forma que se combina la obtención de resultados relevantes en la investigación, con la economía en el procedimiento de recogida de estos datos.

Para la delimitación de las fronteras del presente estudio se establecen los siguientes parámetros:

- 1) Lugar: Las enfermedades profesionales en España a nivel estatal frente a las existentes a nivel comunitario e internacional.
- 2) Actores entrevistados: Aportaciones de los diferentes miembros del grupo de expertos, profesionales pertenecientes a varias disciplinas, análisis de la percepción empresarial a través del estudio de documentación relevante y envío de cuestionarios a los siguientes actores: médicos de los servicios públicos de salud, médicos de los servicios de prevención de riesgos laborales propios y ajenos, responsables de servicios de prevención, responsables de recursos humanos en empresas de sectores productivos con más incidencia de enfermedades profesionales. Además se ha incorporado en los grupos de discusión a expertos de diferentes mutuas y de AMAT (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo)
- 3) Contexto: Marco normativo nacional e internacional y cambio de paradigma en la regulación de las EE.PP en España.
- 4) Análisis del proceso de evolución de los hechos a través de los datos estadísticos oficiales proporcionados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Eurostat, y AMAT.

FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como fuentes de recogida de información en la investigación se han utilizado las siguientes:

- Recopilación de información relevante y actualizada sobre las EE.PP.
- Entrevistas a través de “cuestionarios tipo” a los grupos de actores involucrados
- Observación directa de la realidad con accesos del investigador a consultas informales con los diferentes actores y expertos.

METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA INVESTIGACIÓN

Características

- Análisis documental, tomando como referencia las últimas informaciones oficiales publicadas (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, OIT, Comisión Europea ...)
- Diseño de herramientas para la toma de datos:
 - a) Grupo de expertos
 - b) Cuestionarios tipo para la realización de las entrevistas a representantes de los grupos de actores involucrados
- Análisis de la información.
- Ejecución del trabajo de campo:
 - Elección de los representantes de los distintos perfiles para la realización de las entrevistas.
 - Contacto con las personas a entrevistar.
 - Realización de la entrevista telefónica.
- Elaboración del estudio
- Elaboración de conclusiones y estrategias de mejora



2. MARCO TEÓRICO: PROFUNDIZACIÓN EN EL CONCEPTO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (EE. PP)

2.1 Modelos internacionales de Enfermedades Profesionales

2.1.1 Definiciones internacionales de Enfermedades Profesionales:

Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre “Salud Laboral” y “Enfermedades profesionales”: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud laboral “es una actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones y prevenir todo daño a la salud de estos”. La OMS define las enfermedades profesionales como **“aquellas producidas a consecuencia del trabajo, que en general obedecen a la habitualidad y constancia de algunos agentes etiológicos presentes en el ambiente laboral y provocan alguna alteración en los trabajadores; tienen como requisito ser consideradas como tales en las legislaciones respectivas de los distintos países”**.

Definiciones de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) de “Enfermedades profesionales”¹: De acuerdo con el **Protocolo de 2002 del Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981**, la expresión «enfermedad profesional» designa toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral. En 1925 se estableció la primera lista de enfermedades profesionales de la OIT en virtud del Convenio nº 18 (indemnización por enfermedades profesionales, identificando 3 enfermedades). Poco después fue modificado por el Convenio nº 42, de 1934, en el que figuraban diez enfermedades. En la Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1964 (núm. 121) de la OIT, párrafo 6, 1), se contempla la definición de las enfermedades profesionales de la manera siguiente: «Todo Miembro debería, en condiciones prescritas, considerar como enfermedades profesionales las que se sabe provienen de la exposición a sustancias o condiciones peligrosas inherentes a ciertos procesos, oficios u ocupaciones.».

Sin perjuicio de lo contemplado en las anteriores definiciones (OMS y OIT) que ponen un especial énfasis en el enfoque sanitario, cada país cuenta con autonomía propia para definir en su marco regulatorio, el concepto jurídico de enfermedad profesional, incluyendo los criterios legales para su reconocimiento por las Administraciones Públicas y órganos jurisdiccionales competentes.

2.2.2 El Marco comunitario de Enfermedades Profesionales:

La **Recomendación 2003/670/CE de la Comisión Europea**, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, persigue conocer mejor este fenómeno a nivel europeo (recopilación y comparabilidad de los datos), reforzar la prevención y ayudar a los trabajadores afectados, que podrán probar más fácilmente la relación entre su actividad profesional y su enfermedad, y solicitar una indemnización.

La Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de EE.PP, recomienda a los países miembros “que introduzcan cuanto antes la lista europea que figura en el Anexo I en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas relativas a las enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente, que pueden dar lugar a indemnización y que deben ser objeto de medidas preventivas”. Asimismo invita a los Estados a introducir en dichas disposiciones las enfermedades recogidas en el Anexo II, que no figuran en la lista del Anexo I pero cuyo origen y carácter profesional podrían establecerse en el futuro.

¹ OIT. Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales (Recomendación núm. 194) (Ginebra, 27-30 de octubre de 2009 Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT)



Bajo estos parámetros, la mayor parte de los estados miembros de la Unión Europea, han optado por el “Sistema de listas”. En el informe **“Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States”**² que recoge los resultados de la Recomendación de la Comisión 2003/670/EC, dando cumplimiento al mandato contenido en la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, se refleja que en los Estados miembros de la UE, así como en Noruega, Islandia y Suiza (Espacio Económico Europeo), la mayoría (22) tienen una lista nacional de enfermedades profesionales y disponen de un seguro específico para dicha contingencia; 4 tienen una lista pero no seguro específico; Suecia no tiene lista, pero sí un seguro específico y finalmente, Holanda e Islandia no cuentan ni con un listado ni con un seguro específico, tal y como se puede observar en el gráfico siguiente.

Países de la UE y el EEE que cuentan con sistema de listas y coberturas o seguros específicos en materia de enfermedades profesionales



Fuente: Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States”2013

2.1.3 El sistema de Listas de Enfermedades Profesionales (OIT):

La OIT³ describe tres sistemas para el reconocimiento de las enfermedades profesionales (EE.PP.), pudiendo cada estado decidir libremente cuál de ellos elige y estructurar su normativa en función del que adopten:

- **Sistema de listas o listas cerradas:** consistente en una lista de enfermedades en la que figuran diversas patologías que son reconocidas como profesionales cuando se contraen en condiciones determinadas. Presenta el inconveniente de la inamovilidad y la ventaja de que ofrece a las partes interesadas un alto grado de seguridad jurídica.
- **Sistema abierto** (definición genérica o régimen de cobertura general): se incluye una definición general de enfermedad profesional en las disposiciones legislativas correspondientes, en la que se especifica una causalidad entre la enfermedad, el agente y el trabajo.
- **Sistema mixto o de listas abiertas:** se establece una lista de enfermedades profesionales, añadiendo una definición general de las mismas o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan en condiciones diferentes a las prescritas.

² COMISION EUROPEA. “Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States”2013

³ OIT. “Lista de enfermedades profesionales de la OIT”. Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork) Oficina Internacional del Trabajo.2010



En los países europeos (23 cuentan con sistemas de listas cerradas o abiertas) existe una gran heterogeneidad entre los sistemas específicos de protección de enfermedades profesionales que hacen muy difícil una clasificación en términos de comparables para todos los países, ya que los mecanismos de protección y el grado de la cobertura de las enfermedades profesionales por país resultan de muy diversa índole. Francia, Bélgica, Portugal, Italia, Suecia y Dinamarca se constituyen como principales referentes del sistema mixto.

En España el marco normativo sobre EE.PP apuesta por un sistema de listas cerradas, ya que solo son EE.PP las incluidas en el Anexo I del Real Decreto 1299/2006. No obstante lo anterior, los expertos consultados señalan que es un sistema cerrado que se aproxima también la sistema mixto al incluir con la calificación jurídica de accidente de trabajo las enfermedades relacionadas con el trabajo (PANOTRATS) aunque en este ámbito corresponde al trabajador afectado demostrar el origen profesional de la patología.

2.2. El Modelo Español de Enfermedades Profesionales:

El modelo español de enfermedades profesionales descansa esencialmente en una triple vertiente normativa:

Normativa Preventiva: Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos laborales (LPRL) y Real Decreto 39/1997 (Reglamento de los Servicios de Prevención) que exige a las empresas actuaciones de prevención y respuesta ante las enfermedades profesionales.

Normativa Sanitaria: Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, que señala los aspectos que debe comprender la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral, protegiendo a los trabajadores a través de una cobertura sanitaria directa.

Normativa de Seguridad Social: Real Decreto Legislativo 1/1994, Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS) que establece una definición de enfermedad profesional, regulando una serie de prestaciones reparadoras del daño a los trabajadores a través de cuantías económicas sustitutivas de salario.

Los principales conceptos jurídicos referidos a las contingencias comunes y contingencias profesionales vienen contemplados en la normativa de Seguridad Social y se definen en los siguientes términos:

- a) **Enfermedad Profesional:** Se entenderá por enfermedad profesional “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional” (art 116 LGSS).
- b) **Accidente de trabajo:** Se considera como accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (art 115.1 LGSS).

Asimismo tendrán la consideración de accidentes de trabajo: Las enfermedades, no incluidas en el artículo 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. (art 115.2 ey las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art 115.2.f) y las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas



del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación. (Art 115.2.g).

- c) Accidentes no laborales y enfermedades comunes:** Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 115, no tenga el carácter de accidente de trabajo (art 117.1 LGSS). Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116. (art 117.2 LGSS).

Para dar cumplimiento a la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión de 19 de septiembre de 2003, en España se publica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que recoge en su Anexo I el cuadro de EE.PP en el sistema de la Seguridad Social y en el Anexo II, la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de EE.PP podría contemplarse en el futuro (ambos Anexos son trasposición de la recomendación europea mencionada con algunas inclusiones), acercando posteriormente nuestro modelo al sistema mixto con la figura de las PANOTRATSS (enfermedades causadas o agravadas por el trabajo, que se instaura en 2010 y que incluye las enfermedades reconocidas en aplicación del art.115 de la LGSS. El sistema PANOTRATSS se ha diseñado con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo, por lo que la base de datos recorra las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contendrá las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

En la exposición de motivos del Real Decreto 1299/2006, se ponen de manifiesto las deficiencias existentes en el sistema de notificación anteriormente vigente producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquél otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha.

Sin embargo, con la entrada en vigor del Real Decreto 1299/2006 no se establece una nueva regulación o definición del concepto de enfermedad profesional establecido en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), ni se modifica el sistema contemplado hasta el momento, sino que se deroga y sustituye el Real Decreto 1995/1978.

Así, el artículo 116 LGSS sólo exige un cuadro de actividades y que éstas estén provocadas por la acción de elementos y sustancias que se indiquen en dicho cuadro, es decir, que se trate de un sistema de lista y no judicial, pero no predetermina el carácter de la citada lista. Por ello, el Real Decreto asume competencias propias para configurar un sistema más cerrado o más abierto, sin alterar el régimen establecido en la LGSS.⁴

⁴ Cfr. CAVAS MARTÍNEZ, F. "Las enfermedades Profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social", Fomento de la Investigación Social (FIPROS). 2009



2.2.1. Principales novedades de Real Decreto 1299/2006. Cambio de paradigma de las EE.PP en España

R.D. 1299/2006

- ⇒ El Real Decreto 1299/2006 adeuda la lista de enfermedades profesionales, vigente desde hace veintiocho años a través del Real Decreto de 12 de mayo de 1978, a los procesos industriales vigentes, introduciendo nuevos elementos y sustancias, permitiendo un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo. Esta actualización considera nuevas sustancias que puedan producir enfermedad profesional y amplía nuevos trabajos o tareas susceptibles de producir dicho tipo de enfermedad.⁵
- ⇒ En el Real Decreto 1299/2006, se recogen dos vías de actualización: una automática, a partir de la inclusión como enfermedad profesional en el Anexo I de la Recomendación Europea y otra específica en función de la realidad socio-laboral de nuestro país.
- ⇒ En la anterior normativa los partes de enfermedades profesionales eran tramitados por las empresas, lo que desaparece con la nueva regulación, ya que se le atribuye la competencia para la elaboración y tramitación del citado parte, a la entidad gestora (INSS) o a la colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales (Mutuas), con lo que se consigue una mayor tecnificación y profesionalización en esa comunicación.
- ⇒ Contiene, la nueva lista de enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente, que figura en el Anexo I. En el Anexo II aparecen las enfermedades cuyo origen y carácter profesional se sospecha y podrían incluirse en el Anexo I en el futuro.
- ⇒ Por su parte, la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, establece un modelo de parte de enfermedad profesional, dicta normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos por medio de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales) y crea el correspondiente fichero de datos personales.
- ⇒ Desde 2007, el sistema de notificación CEPROSS recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, lo que introduce además, como ventaja adicional, la utilización de los datos recogidos en los ficheros de la Seguridad Social, que se incorporan automáticamente al parte, de manera que sólo se requiere la grabación de la información que no se encuentra disponible en las bases de datos del Sistema, lo cual representa, junto a una mayor agilidad y eficacia en la gestión y un apreciable incremento del nivel de fiabilidad de la información, una considerable mejora para la función de análisis posterior.
- ⇒ La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social es la responsable de administración del sistema CEPROSS, cuyo desarrollo y tratamiento informático es efectuado por la Gerencia de Informática de la Seguridad Social. La Dirección General establece los mecanismos de colaboración necesarios con otras áreas de las Administraciones Públicas para el adecuado tratamiento estadístico y epidemiológico de los datos.

A través del sistema de comunicación PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo), implantado en 2010, se obtiene información sobre las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, así como, las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente

⁵ Cfr. VALENZUELA DE QUINTA, E; "Valoración del nuevo marco de gestión sobre las enfermedades profesionales. Análisis y perspectivas de la actualización del cuadro de EE.PP y del sistema de notificación y registro".



- ⇒ Por tanto, el Real Decreto 1299/2006 incorpora la recomendaciones de la normativa comunitaria aunque sus contenidos no sean coincidentes.
- ⇒ Se incorpora un mecanismo de actualización del cuadro.
- ⇒ Se incorporan como EE.PP determinados trastornos musculoesqueléticos y las enfermedades provocadas por posturas forzadas en el trabajo o en los nódulos de las cuerdas vocales (Grupo 2 agentes físicos), sin perjuicio de que se siga manteniendo la necesaria causalidad exclusiva de tales patologías con el trabajo.
- ⇒ Se incluyen nuevas patologías por diferentes razones reciente descubrimiento (legionelosis) o certeza científica (relación causa- efecto entre maderas/cáncer de senos)
- ⇒ Se confirma la inclusión de patologías concretas atribuibles a trabajos (epicondilitis, epitrócleítis, ...)
- ⇒ Se unifica el cuadro de EE.PP que aplica a los distintos regímenes de Seguridad Social, acabando con el enfoque sectorial anterior de contar con una lista de EE.PP para el régimen especial agrario.
- ⇒ Así, el cuadro contempla 6 grupos de enfermedades en los siguientes términos:

ANEXO 1.- Cuadro de enfermedades profesionales: (1661 códigos asignados)

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos. (ej.: arsénico, fósforo, mercurio, cloro, ácidos, amoníacos, éteres, etc.)

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos (ej.: ruido, vibraciones, posturas forzadas y movimientos repetitivos etc.)

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. (ej.: infecciones y enfermedades contraídas directamente a causa de la actividad)

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. (ej.: polvo de sílice, amianto, carburos, caolina, aluminio etc.)

Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados. (ej.: sustancias de alto o bajo peso molecular, agentes infecciosos, etc.)

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

ANEXO 2.- Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el Anexo 1 de EEPP podría contemplarse en el futuro: (40 códigos asignados)

Grupo 1: Enfermedades provocadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades provocadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades provocadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos.

Grupo 5: Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros grupos.

Grupo 6: Enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos.

- ⇒ Dentro de cada grupo se consigna el agente o elemento susceptible de provocar la enfermedad y las actividades capaces de producirlas según la propia definición de la enfermedad profesional y del cuadro previsto por el artículo 116 de la LGSS. El sistema español apuesta por la conexión entre agente y actividad en las EE.PP en los siguientes términos:

Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: Se incluyen como nuevos agentes en este grupo I antimonio y los derivados epóxidos. En relación con las actividades que aparecen ligadas a cada uno de los agentes químicos, se incluyen la mayoría de las que aparecían en el cuadro anterior, habiéndose suprimido aquellas cuya utilización ya no se autoriza por la normativa preventiva. Se incorporan también, en la mayoría de los agentes, nuevas actividades.

Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: Las principales modificaciones en este grupo están relacionadas con la incorporación de nuevas enfermedades que aparecían en la Recomendación Europea tales como: las enfermedades oftálmicas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioleta y los nódulos de cuerda vocal a consecuencia de sobreesfuerzos de la voz. En el apartado de sordera profesional se añaden nuevas actividades de riesgo, así como en el de patología producida por la exposición a vibraciones mecánicas. El epígrafe relativo a las enfermedades provocadas por energía radiante sustituye al anterior de catarata por energía radiante, así como el de enfermedades provocadas por compresión o descompresión atmosférica que sustituye al de enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.

Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: Se incluyen enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección, con exclusión de aquellos microorganismos incluidos en el grupo 1 del RD 644/1997, de 12 de mayo, por el que se regula la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. La nueva lista añade nuevas actividades en el apartado de enfermedades infecciosas o parasitarias y se añaden la micosis y la legionella y nuevas actividades relacionadas.

Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados: En este grupo, para silicosis, neumoconiosis, asbestosis y las derivadas de otros polvos de minerales, se añaden nuevas actividades. Se enumeran y clasifican numerosos agentes patógenos además de los antiguos agentes causantes de silicosis, neumoconiosis, asbestosis, cannabinosis y bagazosis y del polvo de aluminio, metales duros, talco y escorias de Thomas. Se añaden como enfermedades la rinoconjuntivitis, la alveolitis alérgica extrínseca (neumonitis de hipersensibilidad), el síndrome disreactivo de la vía aérea, la fibrosis y la neumopatía intersticial difusa.

Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados Este grupo se reestructura organizándose por agentes y no por enfermedades.

Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos Se añaden nuevos agentes carcinogénicos: berilio, bis-(cloro-metil) éter, cadmio, hidrocarburos aromáticos policíclicos, polvo de madera dura, radón, nitrobenzono, ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos.⁶

- ⇒ En el Anexo II se repiten los mismos grupos que en la Recomendación comunitaria, salvo en el grupo 3 (enfermedades causadas por agentes biológicos) porque las de la lista europea ya han sido incluidas en el Anexo I -anticipándose el Real Decreto al propio carácter y a la finalidad del anexo o lista complementaria-.

6

Cfr. AMAT "Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales". Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. 2007



- ⇒ En la adaptación a la Recomendación Comunitaria que hace el Real Decreto 1299/2006 los grupos aparecen muy bien definidos, según el agente causal o la parte del cuerpo afectada y con mejores definiciones de agentes y de las propias enfermedades.
- ⇒ Una cuestión no resuelta explícitamente por el legislador español es el valor jurídico del Anexo II que replica el Anexo II de la lista de enfermedades contempladas en la Recomendación Comunitaria. En este punto sería interpretable si las EE.PP del Anexo II que pudieran probarse que tienen una causalidad directa o inmediata entre enfermedad y agente, pueden ser calificadas directamente como enfermedad profesional o si el Anexo II es sólo una nueva indicación a tomar en cuenta en futuras revisiones del cuadro⁷.

En nuestra opinión, lo más adecuado parece que sería la segunda opción ya que los Gobiernos, a través de su potestad reglamentaria tienen la capacidad de revisar y ampliar el Anexo I. Así, la primera opción iría en contra de lo dispuesto en el art 115.2e) (enfermedades causadas por el trabajo de forma directa y exclusiva y consideradas como AT y en contra del art 116.2 f) que exige un informe previo de carácter técnico que establezca la causalidad entre patología y trabajo que permita su inclusión en el Anexo I.

En relación a las enfermedades psicosociales cabe destacarse que la OIT solo considera como EE.PP los trastornos de estrés postraumático vinculados al trabajo, delegando a la legislación de cada país esa consideración como tal (cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador).

Por su parte, la Recomendación comunitaria sólo aconsejaba a los Estados miembros que promoviesen la investigación de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular... *para los trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo* (art. 1.7); sin incluir una referencia expresa a los padecimientos de esta índole.

En línea con lo establecido en la Recomendación comunitaria, al no incorporar el Real Decreto 1299/2006 las dolencias relacionadas con el estrés y los riesgos psicosociales en los ambientes de trabajo, éstas se consideran como enfermedades de trabajo siempre que exista la relación de causalidad entre patología y trabajo y ésta sea exclusiva.

La entidad gestora o las entidades colaboradoras, pueden considerar que existe una contingencia profesional si existe nexo causal, tras su estudio individualizado, en los procesos de daños a la salud provocados por factores psicosociales (por ejemplo un estrés postraumático sufrido tras un atraco, puede ser considerado accidente de trabajo y calificado como PANOTRATSS). Además en caso de apreciación del origen profesional, el trabajador puede recurrir a los órganos judiciales encargados de apreciar el nexo causal entre la relación laboral y los daños psicológicos o físicos padecidos por el trabajador, tal como requiere el art 115. 2 e) de la LGSS. En cada caso, el trabajador debe demostrar ante el órgano judicial que el daño tiene origen exclusivo en la prestación laboral (descartando todas las posibles causas concurrentes extra laborales) para que su dolencia pueda ser incluida en la categoría de enfermedad de trabajo. En este punto, cabe destacar los problemas de acreditación propios que acompañan a los padecimientos psicosociales, ya que más que en otros casos, la actividad probatoria es crucial y alcanza un protagonismo absoluto por su extrema complejidad⁸.

En resumen el sistema de determinación de enfermedades profesionales normalizado en el Real Decreto 1299/2006, permite que exista un gran automatismo en la calificación de enfermedad profesional según las enfermedades y actividades

⁷ Cfr. BLASCO LAHOZ, J.F; "Enfermedades profesionales: legislación, doctrina y jurisprudencia" 2008

⁸ Cfr. SÁNCHEZ TRIGUEROS "La protección social y los riesgos psicosociales"...Anales de Derecho, nº 26, 2008. Universidad de Murcia



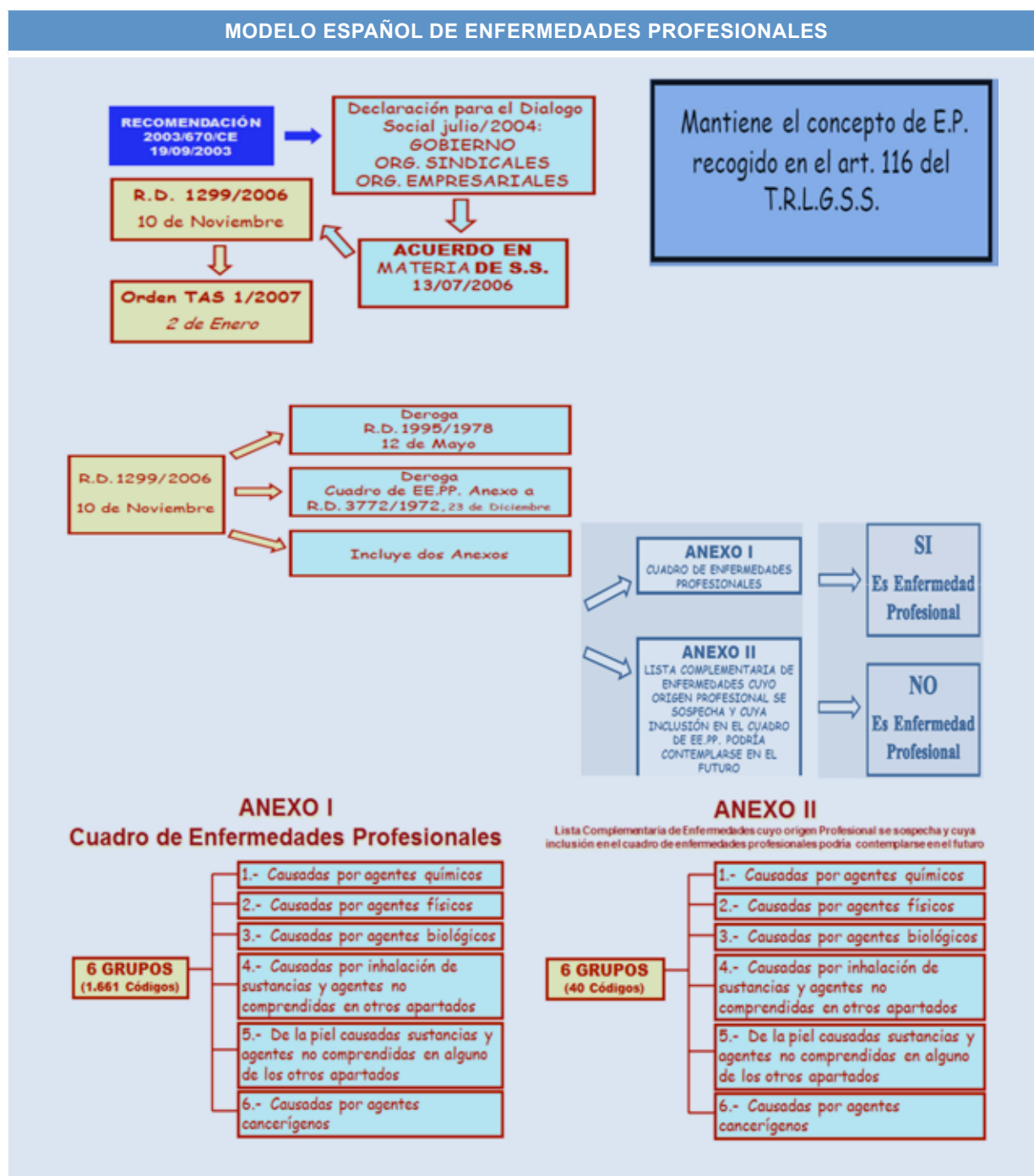
incluidas en el Anexo I, lo que se facilita con la presunción de existencia *iuris tantum*, si la patología ha sido incluida en el mismo. Este sistema evita en gran medida la carga probatoria de la misma para el trabajador y ofrece alternativas de revisión por el Gobierno en el futuro, en relación a las enfermedades que se sospecha su origen profesional incluidas en el Anexo II. Por su parte, la opción de reconocimiento y declaración de enfermedades ocasionadas por el trabajo, aunque no se califiquen como EE.PP viene permitiendo su inclusión como AT (Accidente de trabajo).

Con todo, el campo de aplicación y la calificación jurídica de la patología como enfermedad profesional o enfermedad común, no está exenta de litigiosidad judicial, persistiendo un cierto margen para la determinación judicial de una enfermedad como profesional.

El Real Decreto no se limita a actualizar la lista de enfermedades, sino que además mejora el sistema de declaración, calificación y notificación e incide en la importancia del papel de los médicos de los servicios de salud. Para garantizar al máximo la declaración de todos los casos de enfermedad profesional, así como para facilitar su notificación y comunicación, se modifica el mecanismo de iniciación anterior, atribuyendo a la entidad gestora o colaboradora (que diagnostica la enfermedad profesional), la puesta en marcha del procedimiento. Asimismo agiliza el procedimiento y simplifica los trámites, liberando al empresario de la puesta en marcha del mecanismo de notificación y comunicación de las enfermedades profesionales.

Posteriormente a la aprobación del Real Decreto 1299/2006, la Ley 27/2011 de 1 de agosto, introduce una nueva disposición adicional, la 58, en la LGSS, ampliando la cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (art 7) a todos los regímenes que integran el sistema de la Seguridad Social con respecto a los trabajadores que causen alta en cualquiera de los mismos. No obstante, la obligatoriedad de cotizar por contingencias profesionales contemplada en la ley 27/2011 sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, que se pretendía aplicar a los autónomos que se dieran de alta desde el 1 de enero de 2013 fue retrasada un año y posteriormente el Ejecutivo ha decidido aprobar una segunda prórroga que alargará el plazo de aplicación de la misma, hasta el 1 de enero de 2015.

La siguiente figura resume las principales características del modelo español de reconocimiento de enfermedades profesionales (EE.PP):





2.3. Los conceptos “Enfermedad Profesional” y “Enfermedad relacionada con el Trabajo”

DEFINICION MEDICA DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Según la definición médica , por “ enfermedad ocupacional ” se entiende el daño, patología médica o traumática provocada por la presencia en el medio ambiente de trabajo de factores o agentes físicos, químicos o biológicos que merman la salud del trabajador.
DEFINICION LEGAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social. Real Decreto Ley 1/1994 (LGSS)

Según la definición legal, para que se produzca una enfermedad profesional, deben darse los siguientes elementos o “claves de arco” que analizaremos a continuación:

“CLAVES DE ARCO” EE.PP	
TRABAJO POR CUENTA AJENA	El art 116 LGSS establece que debe tratarse de trabajo por cuenta ajena, es decir, de un trabajo objeto de una relación jurídica laboral, aunque el trabajo por cuenta ajena ya no se considera exclusivo, ya que los trabajadores autónomos también gozan de esta cobertura en determinadas condiciones (cotización por contingencias profesionales) de acuerdo con lo dispuesto en el art 5 del Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el RETA, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.
ENFERMEDAD / ACTIVIDAD	La enfermedad debe aparecer descrita como enfermedad profesional en la norma ya que legalmente no toda enfermedad es considerada profesional, sino única y exclusivamente aquella que está tipificada en el cuadro de Enfermedades Profesionales (lista cerrada), lo que significa que aquellas enfermedades que se contraen con ocasión o como consecuencia del trabajo y no están incluidas en la lista legal de enfermedades profesionales serán consideradas como enfermedades derivadas o relacionadas con el trabajo y recibirán la protección prevista para los Accidentes de Trabajo, como establece el artículo 115.2. e) de la LGSS, por tratarse de enfermedades que contrae el trabajador/a con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. En relación a las actividades, la jurisprudencia viene reconociendo no solo las actividades incluidas en el cuadro, al ser la lista de actividades una lista abierta siendo posible el reconocimiento de una enfermedad profesional respecto de actividades no listadas, ya que también tienen cabida actividades similares a las contempladas explícitamente en el cuadro, en las que tienen presencia los agentes descritos.
ELEMENTOS O SUSTANCIAS	La enfermedad profesional es provocada por la acción de los elementos o sustancias, (lo que el cuadro denomina agentes) y en las actividades industriales indicadas en la lista de enfermedades profesionales que se configuran como lista cerrada.

S

Así, si concurren las tres claves arco descritas con anterioridad, se presume que la enfermedad es una



enfermedad profesional.

El concepto de enfermedad relacionada con el trabajo está previsto en los arts 115.2 e) y f) de la LGSS, donde se contempla la calificación como accidente de trabajo (AT) de las enfermedades, no incluidas en el artículo 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (art 115.2 e), las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art 115.2. f) y, presumiendo además, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo (art 115.3).

Asimismo, el alcance del concepto legal de enfermedad profesional se completa con lo establecido en el art 117.2 de la LGSS que establece que se considerará que constituyen **enfermedad común** las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116.

En función de lo anterior, cualquier daño a la salud queda incluido en alguno de los tres supuestos (enfermedad profesional, enfermedad relacionada con el trabajo y enfermedad común), ya que el tercero incluye todo aquello que no lo está en alguno de los dos primeros.

Por tanto el concepto jurídico de EE.PP en la normativa española apuesta por una relación de causalidad estricta entre el trabajo y la enfermedad y aunque se admite que existe una presunción de existencia de enfermedad profesional, si la dolencia aparece listada en relación a elementos, actividades o sustancias, no se debe olvidar que ésta presunción admite prueba en contrario.

La **primera clave de arco “trabajo por cuenta ajena”** explica la existencia de una relación de causalidad más rígida entre trabajo y enfermedad que en relación al accidente de trabajo (AT), al tener que producirse la enfermedad como consecuencia del trabajo realizado.

Esta clave de arco debe ser matizada, una vez que se ha extendido la cobertura de las contingencias profesionales a los trabajadores autónomos, según DA 34 de la LGSS incorporada por la Ley 53/2002 y el art 5 R.D. 1273/2003, incluyendo una definición de enfermedad profesional para este colectivo similar al de trabajadores por cuenta ajena. Más concretamente encontramos en la Ley 20/2007 que regula el Estatuto del Trabajador Autónomo, los derechos que tienen estos trabajadores entre los que se encuentran el derecho de protección a su integridad física y a una protección adecuada de su seguridad y salud en el trabajo.⁹

La **segunda clave de arco “enfermedad/ actividad”** establece que la patología vaya referida a actividades listadas que se especifican en el cuadro aprobado reglamentariamente. La jurisprudencia viene considerando esta lista como “lista abierta” (ya que también tienen cabida actividades similares a las contempladas explícitamente en el cuadro, en las que tienen presencia los agentes descritos).

La **tercera clave de arco “elementos o sustancias”** exige que la patología vaya referida a elementos o sustancias determinados contemplados en la lista, lo que el cuadro denomina como agente. Esta tercera clave de arco vuelve a incidir en la necesidad de verificación o en la de realización de un test de inclusión de dichos elementos o sustancias en el cuadro.¹⁰

La **concurrencia de las tres claves arco descritas con anterioridad, hace que se presuma que la enfermedad es contraída a consecuencia del trabajo**, al operar el eje enfermedad-actividad-

⁹ Cfr. DESDENTADO BONETE A. y TEJERINA ALONSO J.I., “La protección de los autónomos en las contingencias profesionales”.

¹⁰ Cfr. CAVAS MARTÍNEZ, F. “Las enfermedades Profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social”, Fomento de la Investigación Social (FIPROS).



elemento o sustancia, lo que conduce a un cierto automatismo en la fase de reconocimiento y calificación. Esta presunción de existencia de enfermedad profesional, que admite prueba en contrario, se diferencia del accidente de trabajo respecto de que es necesaria la prueba, tal y como señala la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2007 que establece que para las enfermedades profesionales listadas no es necesaria la prueba del nexo causal lesión-trabajo, mientras que sí lo es en los accidentes de trabajo en sentido estricto. La citada sentencia, en su Fundamento de Derecho Cuarto, contempla que *“la Jurisprudencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, a partir de la sentencia de 19 de mayo de 1986, ha venido señalando, que a diferencia del accidente de trabajo respecto del que es necesaria la “prueba del nexo causal lesión-trabajo” para la calificación de laboralidad, en virtud de la presunción contenida en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, tal prueba no se exige al trabajador en ningún caso en las enfermedades profesionales listadas(...) “mientras que sí se pide en principio en los accidentes de trabajo en sentido estricto”*. No obstante hay que matizar que de acuerdo con la STS de 14/02/2006 (2990/2004 Social), *“.....La presunción legal del citado precepto es, en suma, una presunción sobre el régimen de la prueba, es decir un presunción iuris tantum que admite en principio prueba en contrario y no una ficción jurídica o presunción iuris et de iure, relativa al régimen jurídico sustantivo de un determinado supuesto de hecho.....”*

Siguiendo dicha doctrina jurisprudencial, será necesario para declarar una enfermedad profesional, con diagnóstico de certeza, que se acredite la exposición al agente que el cuadro de enfermedades profesionales describe como necesario para poder causar esta contingencia.¹¹

Así, el concepto jurídico de EE.PP presenta diferencias en relación al concepto de accidente de trabajo porque descansa en las “claves de arco” conocidas por las distintas partes intervinientes en el proceso de reconocimiento, calificación, notificación y registro (entidad gestora y mutuas), mientras que el concepto jurídico de AT incluye enfermedades ocasionadas por el trabajo, no reconocidas en el cuadro. El sistema contemplado en los Anexos I y II, cuadro cerrado de EE.PP y cuadro de enfermedades que se sospechan respectivamente, permite una posible adaptación futura que necesita aprobación reglamentaria.¹²

El concepto jurídico de EE.PP tiene un índice moderado de controversia judicial, al verse constreñido el concepto de EE.PP por el sistema de lista, y el concepto de AT está expuesto a la evolución de la doctrina judicial que ha conllevado una notable ampliación del concepto por parte de jueces y tribunales.

El concepto jurídico de EE.PP está menos expuesto a una eventual ampliación, conllevando a su vez una mayor seguridad jurídica, por lo que la litigiosidad sobre su calificación se reduce a diferencia del concepto de AT, que muestra mayor litigiosidad-, ya que las enfermedades del trabajo no incorporadas al cuadro pueden ser consideradas como AT. En consecuencia el sistema español de EE.PP se configura como una lista cerrada o *numerus clausus* que en principio no podrá ser abierta mediante sentencias judiciales.

Asimismo en el concepto de AT se incluirán las enfermedades padecidas con anterioridad que se manifiesten o agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (115.2 f) y las enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones del proceso patológico del accidente (115.2 g). También será considerada como AT la enfermedad, no considerada profesional, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (115.2 e).

Si el trabajador ve calificada su contingencia como EE.PP (Anexo I) o enfermedad ocasionada o agravada por el trabajo y que supone el reconocimiento de AT, tendrá derecho a las prestaciones reparadoras del sistema de Seguridad Social previstas para ambas contingencias en similares condiciones y normalmente no habrá controversia jurídica en los tribunales.

¹¹ Cfr. LÓPEZ GANDÍA, J; “Nueva Regulación de las Enfermedades Profesionales”

¹² Cfr. LANTARON BARQUIN D; “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”.



El modelo español de enfermedades profesionales constituye en su conjunto un sistema dinámico, ya que permite futuras actualizaciones, facilita la detección de riesgos en orden a la adopción de medidas preventivas y la agilización de los trámites para el acceso a prestaciones.

En la siguiente figura se resumen algunas de las principales ventajas de nuestro modelo de EE.PP.

Ventajas Modelo Español EE.PP	➤ Es un sistema simple y fiable que facilita la identificación de los riesgos por las empresas y la adopción de medidas preventivas. ➤ Es un sistema garantista que permite el acceso inmediato a su evaluación médica y eventual diagnóstico. ➤ Es un sistema rápido y operativo que permite agilidad en el acceso a prestaciones ➤ Es un sistema dinámico que permite futuras actualizaciones. ➤ Es un sistema que permite la presunción de existencia. ➤ Existe una moderada litigiosidad en la doctrina judicial en relación al concepto de EE.PP (alto grado de seguridad jurídica relativa al concepto).
--	---

2.4. La judicialización de los conflictos en materia de enfermedad profesional. Breve aproximación jurisprudencial

Tras analizar el concepto legal de enfermedad profesional del art. 116 de la LGSS no puede dejar de observarse el distinto alcance interpretativo de la presunción que se establece en el mismo. Así, como hemos avanzado con anterioridad, se puede hablar de presunción de existencia de enfermedad profesional que conlleva que no es necesaria la prueba del nexo causal (lesión-trabajo) para la calificación de la laboralidad de las EE.PP listadas, por parte del trabajador. No obstante se trata de una presunción *iuris tantum* según la doctrina del Tribunal Supremo establecida en sentencias como STS de 14 de febrero de 2006, admitiendo prueba en contrario y no una presunción *iuris et iure* (no admite prueba en contrario) relativa al régimen subjetivo de un determinado supuesto de hecho.

Así en la citada sentencia, el Alto Tribunal en su fundamento jurídico cuarto afirma “.....la consecuencia principal de la calificación radica más bien en la “prueba del nexo causal lesión-trabajo” para la calificación de laboralidad; en virtud de la presunción contenida en el art. 116 LGSS tal prueba no se exige al trabajador en ningún caso en las enfermedades profesionales listadas (.....), mientras que sí se pide en principio en los accidentes de trabajo en sentido estricto. De la anterior doctrina jurisprudencial se desprende, que el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene en materia de Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales, y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada. **Por tanto, del art. 116 LGSS no se desprende necesariamente la consecuencia de excluir para la enfermedad listada la calificación de accidente de trabajo en sentido estricto, ya que, desde el punto de vista del asegurado, aquella y éste conducen virtualmente a las mismas consecuencias prácticas. La presunción legal del citado precepto es, en suma, una presunción sobre el régimen de la prueba, es decir una presunción “iuris tantum” que admite en principio prueba en contrario, y no una ficción jurídica o presunción “iuris et de iure”, relativa al régimen jurídico sustantivo de un determinado supuesto de hecho”.**

Bajo estos parámetros, el concepto de enfermedad profesional se configura como un concepto restringido ya que, para que se califique como tal, tienen que darse las circunstancias de que se produzca en el medio laboral, como consecuencia de la utilización de sustancias nocivas y por el desempeño de las actividades listadas en el Real Decreto 1299/2006, sin perjuicio de que se pueda ampliar con actividades similares diferentes a las contempladas en virtud de que se trata de una lista abierta.

A diferencia de lo que sucede en relación al accidente de trabajo, que aparece como un concepto legal flexible, ampliado a su vez cuantiosamente por una muy generosa jurisprudencia, el concepto enfermedad profesional es mucho más estricto en su formulación legal y en las interpretaciones realizadas por los órganos judiciales, por lo que establecer la diferencia entre una enfermedad común, una enfermedad profesional y accidente de trabajo, va más allá de sus conceptos legales, estando abierta a interpretaciones judiciales. De este modo, la jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo en relación a la calificación de enfermedades profesionales en caso de controversia es oscilante en relación a fallos estimatorios y desestimatorios (STS 14.06.2010 y 03.02.2010. Desestimación: Ruido. Apreciación de enfermedad profesional depende del tipo de trabajador y no del puesto de trabajo/ El nivel de ruido susceptible de producir enfermedad profesional debe ser igual o superior a 80 decibelios) y STS 21.09.2011: estimación hipoacusia bilateral, incapacidad permanente total derivada de enfermedad profesional)

El informe publicado en 2012 por la oficina de prevención de riesgos laborales de Fomento del Trabajo Nacional denominado “La judicialización de los conflictos en materia de seguridad y salud laboral”¹³ refleja una cuantiosa información estadística sobre el número de sentencias dictadas por los Tribunales en relación al índice de judicialización de las enfermedades profesionales en nuestro país y la temática de las mismas, recopilando datos valiosos sobre la evolución del número de sentencias dictadas en el año 2005 (año anterior a la aprobación del Real Decreto 1299/2006) y en el año 2011 cuyas principales conclusiones recopilamos a continuación.

Si tomamos en cuenta la evolución desde 2005 hasta 2011 del número de pronunciamientos judiciales en materia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, observamos una significativa disminución para ambos casos. En concreto el número total de sentencias que analizan la existencia de enfermedad profesional pasa de 66 en 2005 a 29 en 2011.



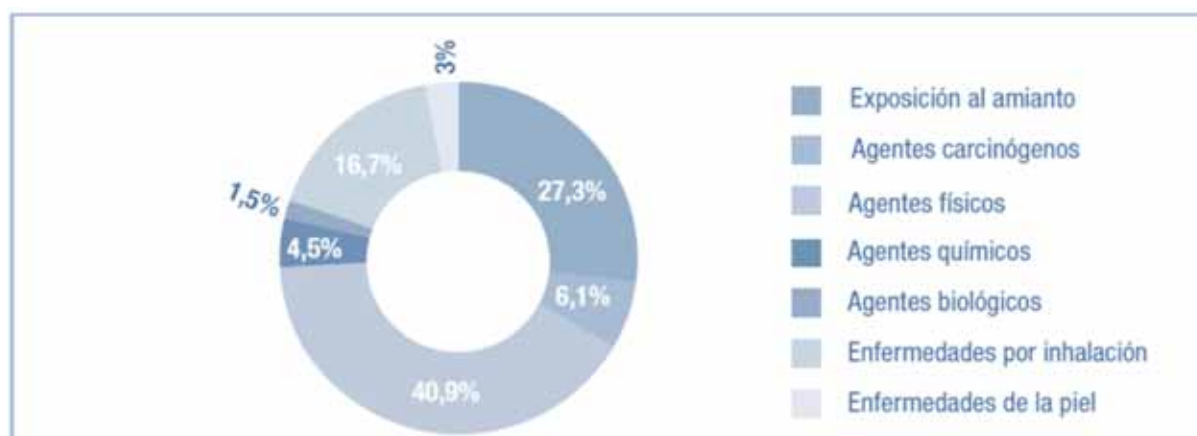
Sentencias dictadas en 2005 y 2011 por Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales en materia de seguridad y salud laboral según tribunal

No obstante, aunque el número absoluto de sentencias que analizan la existencia de enfermedad profesional disminuye, existen entre 2005 y 2011 diferencias sustanciales en el peso relativo que tienen las distintas modalidades de enfermedades profesionales, que visualizaremos a continuación.

Los datos de 2005 respecto del total de sentencias dictadas en materia de enfermedades profesionales muestran que el 40,9% son enfermedades derivadas de agentes físicos (Grupo 2), el 27,3% enfermedades derivadas de exposición al amianto y el 16,7% derivadas de inhalación de otras sustancias o agentes (Grupo 4), el 6,1% de las sentencias analizan la calificación como enfermedad profesional de enfermedades derivadas de agentes carcinógenos (Grupo 6), el 4,5% enfermedades derivadas de agentes químicos (Grupo 1), el 3% enfermedades de la piel causadas por otras sustancias o agentes (Grupo 5) y el 1,5% derivadas de agentes biológicos (Grupo 3).

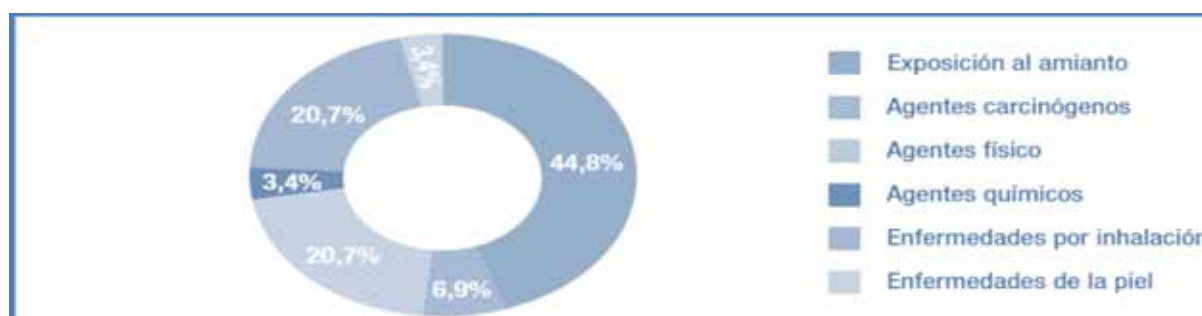
¹³ FOMENT PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES “La judicialización de los conflictos en materia de seguridad y salud laboral con la financiación de la Fundación para la Prevención de riesgos laborales. 2012

Sentencias de Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales dictadas en 2005 en materia de enfermedad profesional



El número total de sentencias dictadas en materia de enfermedades profesionales en 2011 por los Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales, refleja que en su mayoría están relacionadas con los Grupos 2 y 4. Así el 44,8% de las mismas están relacionadas con enfermedades derivadas de exposición al amianto y el 20,7% con enfermedades derivadas de agentes físicos (englobadas en el Grupo 2 de enfermedades profesionales, que coinciden con los datos de incidencia del mayor número de enfermedades profesionales reconocidas que se visibilizan el apartado 4 del presente estudio) y con las enfermedades por inhalación de otras sustancias y agentes 20,7 % (Grupo 4). El 6,9% de los pronunciamientos son en materia de enfermedades profesionales derivadas de agentes carcinógenos (Grupo 6, excluyendo las enfermedades derivadas de exposición al amianto) y el 3,4% de enfermedades derivadas de agentes químicos (Grupo 1) y enfermedades de la piel por otras sustancias y agentes (Grupo 5).

Sentencias de Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales dictadas en 2011 en materia de enfermedad profesional

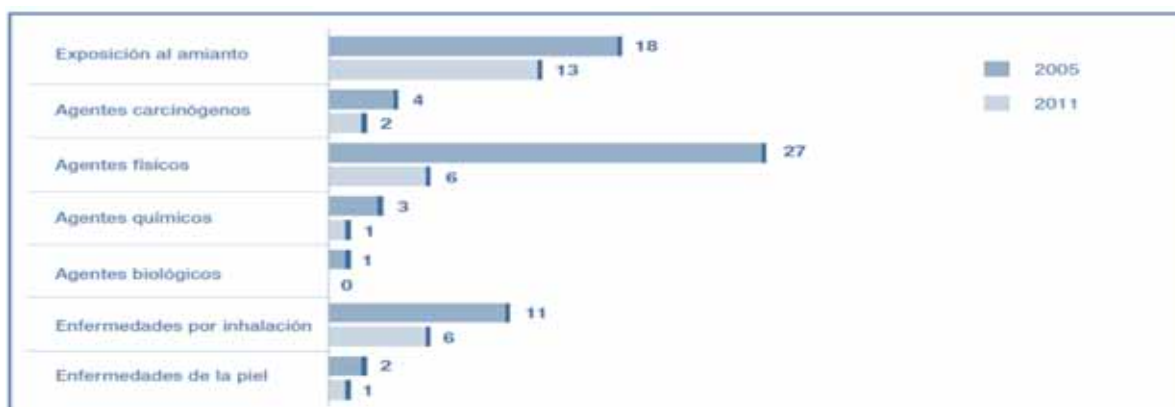


De la evolución de los pronunciamientos judiciales desde 2005 hasta 2011 respecto de la tipología de enfermedades profesionales podemos deducir la creciente importancia relativa de las enfermedades profesionales derivadas de la exposición al amianto (que pasan del 27,3% en 2005 al 44,8% en 2011) y la disminución porcentual de las sentencias que analizan la existencia de enfermedad profesional derivada de agentes físicos (pasan del 40,9% en 2005 al 20,7% en 2011). En menor medida, también aumenta el peso relativo de las sentencias que analizan la existencia de enfermedad profesional por inhalación de otras sustancias o agentes (que pasan de 16,7% a 20,7%) y agentes carcinógenos (pasan de 6,1% a 6,9%).

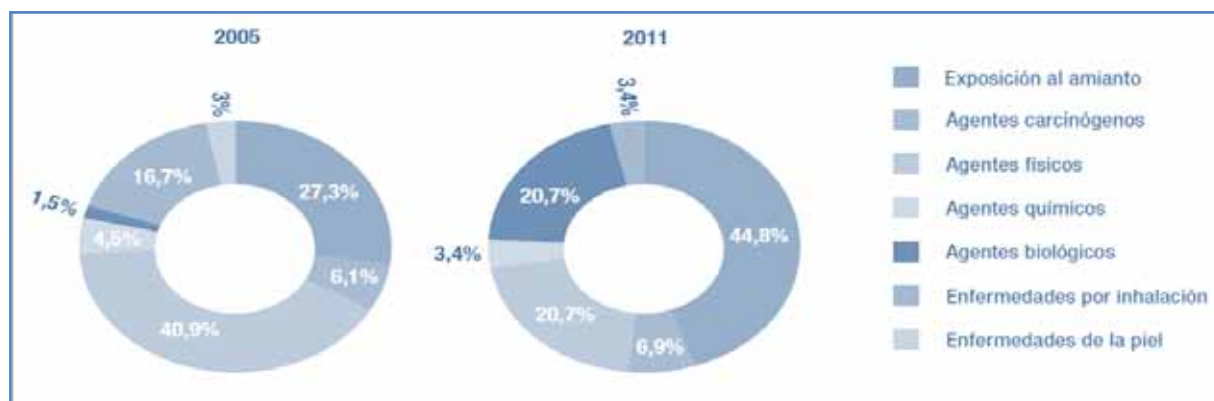
Por otro lado, existe una disminución en términos relativos de los pronunciamientos judiciales que

analizan la existencia de enfermedad profesional derivada de agentes físicos, que pasan del 40,9% en 2005 al 20,7% en 2011 y en menor medida disminuye el número de las sentencias que analizan la existencia de enfermedad profesional derivada de agentes químicos (pasan del 4,5% al 3,4%) y agentes biológicos (pasan de una a ninguna). No existe, prácticamente, variación porcentual de las sentencias que analizan la existencia de contingencia profesional por enfermedad de la piel causada por otras sustancias o agentes (pasa del 3% al 3,4%).

Sentencias de Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales dictadas en 2005 y 2011 en materia de enfermedad profesional



Sentencias de Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales dictadas en 2005 y 2011 en materia de enfermedad profesional



En relación a la calificación de enfermedades psicosociales como enfermedades profesionales la propia jurisprudencia, en base a la definición normativa del concepto de enfermedades profesionales ha ido descartando su consideración como tales al no contemplarse en el cuadro de enfermedades profesionales. No obstante, en virtud del art. 115.2.e) LGSS, pueden ser consideradas enfermedades del trabajo cuando presenten una conexión causal con la prestación de servicios. En este sentido, la doctrina jurisprudencial mayoritaria ha calificado como enfermedades del trabajo patologías tales como el estrés, el burnout, la ansiedad etc... Siempre y cuando se acredite la relación de causalidad y causa exclusiva, correspondiendo al trabajador probar que la patología es derivada exclusivamente de la prestación de servicios ya que cuando la causa de la dolencia no es imputable exclusivamente a la prestación de servicios, estas patologías no adquieren la calificación de accidente de trabajo.



3. Factores y elementos que inciden en el riesgo de EE.PP.

En el siguiente gráfico se visualizan algunos de los factores y elementos que inciden en el riesgo de EE.PP:

FACTORES	ELEMENTOS
➤ Tiempo de exposición. ➤ Concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo. ➤ Características personales del trabajador ➤ Presencia de varios factores al mismo tiempo. ➤ Condiciones de seguridad. ➤ Factores de riesgo en la utilización de máquinas y herramientas. ➤ Diseño del área de trabajo. ➤ Almacenamiento, manipulación y transporte. ➤ Sistemas de protección contra contactos indirectos.	➤ Agente, debe existir un agente en el ambiente de trabajo que, por sus propiedades, puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo. ➤ Exposición, debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud. ➤ Enfermedad, debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes. ➤ Relación entre patología y trabajo: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan presumir que la patología definida está relacionada con la presencia en el trabajo.

Si tomamos en cuenta los factores y elementos citados en el gráfico superior, es necesario precisar que, en muchos casos, el riesgo depende de las características personales del trabajador. Así no todos los trabajadores expuestos a un mismo riesgo o una condición patógena similar enferman y en su caso tampoco lo hacen al mismo tiempo y con la misma intensidad, por lo que el riesgo puede estar vinculado a la variabilidad biológica del trabajador. Una posible mejora en relación a la identificación de los factores de riesgo de EE.PP sería la de incorporar la obligatoriedad para los trabajadores de someterse a reconocimientos médicos, lo que incrementaría las capacidades de las empresas para la puesta en marcha de medidas preventivas más eficaces.

En la práctica clínica, los médicos opinan que los factores de riesgo de origen laboral son indisociables de los factores de riesgo personales (carga genética, estilos de vida, etc...) lo que provoca dificultades en la carga probatoria respecto de las enfermedades ocasionadas o agravadas por el trabajo que no se presumen.

Por otro lado, una enfermedad puede venir provocada por factores laborales y extra-laborales que actúan simultáneamente, por lo que la presencia de varios factores al mismo tiempo determinan que la enfermedad pueda resultar como consecuencia de una multicausalidad y ello puede suponer que existan otras circunstancias no biológicas y no vinculadas con el trabajo que inciden en factores de riesgo y que pueden conducir al no reconocimiento de enfermedad profesional.

Del mismo modo, un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y en función de su entrada en el organismo, por lo que el tiempo de exposición y la concentración o intensidad del factor también se vinculan a la aparición de la enfermedad.



Por último cabe destacar que muchas enfermedades no aparecen especificadas clínicamente, sin que exista un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado, lo que se conoce como inespecificidad clínica.

El conocimiento más amplio de las enfermedades profesionales debería incluir información mas completa, respecto de las actividades, lugares de trabajo y relación de causalidad exclusiva entre patología y trabajo. Todo ello permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover un diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo, esto es, cuando se manifiestan los primeros síntomas, fase en la que con frecuencia un buen número de las afecciones todavía son reversibles.¹⁴

Desde el punto de vista empresarial, siguiendo la metodología contemplada en el Dossier Monográfico de la Revista Acción preventiva nº6 de prevención de riesgos laborales de CEOE desarrollada en el año 2012 con financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales sobre la percepción de factores de riesgo de enfermedades profesionales y que recoge como fuente de información la entrevista telefónica a 30 representantes de empresas pertenecientes a los sectores agrario, construcción, industria y servicios podemos obtener una visión general sobre la identificación de riesgos de enfermedades profesionales en las diferentes empresas consultadas, el orden de importancia de factores de riesgo de EE.PP percibidos y las causas y tipologías de EE.PP identificadas.

A partir de la aplicación de la metodología citada el dossier visualiza los siguientes resultados obtenidos en función de las encuestas realizadas:

- Las respuestas indican que un 73,3% de las empresas no han identificado riesgo de enfermedades profesionales frente a un 26,7% que sí lo han identificado.
- En el sector agrario, el 80% de las empresas no tienen riesgo de enfermedades profesionales. Este porcentaje asciende al 96,7% en el sector servicios. En el sector industria, el 56,7% de las empresas responde que no han detectado este tipo de riesgos, porcentaje que asciende a un 60% en el sector de la construcción.
- Todas las empresas que han identificado el riesgo de enfermedad profesional en su organización, lo han incluido en la evaluación de riesgos laborales y han adoptado medidas preventivas al respecto.
- En cuanto a la frecuencia de aparición de enfermedades profesionales y derivadas del trabajo en las empresas, el 99,2% de los encuestados afirma que no se ha producido ninguna en el periodo anual de referencia, mientras que un 0,8% indica que en el último año se ha producido alguna enfermedad profesional en su organización

A la hora de evaluar la importancia de los factores de riesgo que pueden provocar enfermedades profesionales en las empresas, en una escala del 1 al 10 (siendo 1 la menor puntuación y 10 el máximo valor) se obtuvieron los siguientes resultados, de manera global:

- Se observa que todos los factores de riesgo igualan o superan el 5, a excepción del factor -presencia de varios contaminantes al mismo tiempo-, en el que el mayor número de puntuaciones se concentró en el valor 1 (muy poca importancia).
- Los factores más relevantes son: tiempo de exposición, condiciones de seguridad y diseño del área de trabajo.

¹⁴

Cfr. MORENO PEDRAJAS, A; "La enfermedad profesional: concepto y manifestaciones" 2009

FACTORES DE RIESGO	ORDEN DE IMPORTANCIA 1=VALOR MÁS BAJO - 10=VALOR MÁS ALTO
TIEMPO DE EXPOSICIÓN	3
CONCENTRACIÓN DEL AGENTE CONTAMINANTE EN EL AMBIENTE DE TRABAJO	7
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL TRABAJADOR	5
PRESENCIA DE VARIOS CONTAMINANTES AL MISMO TIEMPO	1
RELATIVIDAD DE LA SALUD	9
CONDICIONES DE SEGURIDAD	8
DISEÑO DEL ÁREA DE TRABAJO	6
FACTORES DE RIESGO EN LA UTILIZACIÓN DE MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	4
ALMACENAMIENTO, MANIPULACIÓN Y TRANSPORTE	6
SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CONTACTOS INDIRECTOS	7

Factores de riesgo. Información relativa a los cuatro sectores. CEOE

- Las causas más frecuentes que pueden producir enfermedades profesionales son las que provienen de agentes físicos.

Causas que producen las enfermedades profesionales. Información relativa a los cuatro sectores. CEOE (pone agentes no agentes), corregir este cuadro)

ENFERMEDADES PROFESIONALES	ORDEN DE IMPORTANCIA 1=VALOR MÁS BAJO - 10=VALOR MÁS ALTO
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS	1
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS	1
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS	7
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINÓGENOS	1
ENFERMEDADES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS	1
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS	1

- En la relación a la información que en esta materia tienen los empresarios encuestados, en el 86,7% de los casos, consideran que está bien informados en materia de enfermedades profesionales.
- En cuanto a la importancia que se da a las enfermedades profesionales por parte de los empresarios encuestados, los datos más significativos indican que, el 23,3% le otorga mucha importancia, el 38,3% bastante importancia y el 32,5% relativa importancia.
- El 66,7% de los encuestados consideran útil incluir en la gestión preventiva de su empresa iniciativas específicas, a corto o medio plazo, para la detección y prevención de las enfermedades profesionales.
- La realización de la vigilancia de la salud se considera un factor clave a la hora de prevenir la aparición de enfermedades profesionales



- Las consultas relativas a enfermedades profesionales se realizan principalmente a los servicios de prevención ajenos y a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- En opinión de las empresas a las que se suministró la encuesta, una correcta gestión de las enfermedades profesionales pasa por dar una mayor formación a los trabajadores afectados por los riesgos que no se hayan podido evitar, y por un mayor control y seguimiento en el desarrollo de los trabajos y procesos relacionados.



4. Diagnostico de situación de las EE.PP en España

Al objeto de llevar a cabo un diagnóstico completo del estado de la situación de las enfermedades profesionales en nuestro país, es necesario realizar un análisis cuantitativo y cualitativo actualizado a partir de los datos proporcionados a través de las aplicaciones CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social, que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales) y PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo, que recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales pero que contrae el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, incorporando además las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente) en función de la información reflejada en el Informe anual de 2012 del Observatorio CEPROSS y PANOTRATSS.

4.1 Reconocimiento de las enfermedades profesionales en el marco del derecho comparado.

Al margen del análisis detallado de la situación de las EE.PP en nuestro país, como paso previo y con objeto de visibilizar cómo se lleva a cabo el reconocimiento de las EE.PP en otros países europeos en comparación con España, incluiremos información estadística de referencia sobre el reconocimiento de las enfermedades profesionales en el marco del derecho comparado.

En el ámbito comunitario, como hemos visto con anterioridad, se contempla establecer por vía legislativa una lista de enfermedades profesionales, pero incluyendo una cláusula abierta para que mediante analogía o valoración judicial puedan añadirse enfermedades profesionales nuevas. Este modelo de reconocimiento de enfermedades profesionales distingue tres categorías de enfermedades profesionales:

- a) las que cumplen todas las condiciones establecidas en el cuadro,
- b) las que no cumplen todas las condiciones pero son causadas directamente por el trabajo habitual,
- c) y las que no están listadas en el cuadro de enfermedades profesionales pero se producen estricta y esencialmente por el trabajo habitual y conllevan o bien la muerte del trabajador o una incapacidad permanente de al menos el 25%.¹⁵

Teniendo en cuenta los tres modelos, cada Estado elige (siendo los tres modelos igualmente válidos) el que mejor se adapta a sus necesidades. En España se optó por establecer un sistema de lista cerrada en el que aparecen tasados los agentes, sustancias y actividades que pueden provocar una enfermedad profesional.¹⁶

En el reciente Informe de la Comisión Europea *“Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects 2013”* se recogen los resultados de la aplicación por los distintos Estados miembros de la Recomendación de la Comisión 2003/670/EC, algunos de los cuales pasaremos a analizar a continuación.

¹⁵ Cfr. FERNÁNDEZ COLLADOS, M.B; “Las enfermedades del trabajo” Artículo de Revista: Civitas Revista Española de Derecho del Trabajo N°146, Madrid 2010. Págs. 11-12.

¹⁶ Cfr. VVAA “El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales en comparación con lo derogado y con la Recomendación Europea”.

Gráfico 1 a): Estadísticas sobre enfermedades profesionales reconocidas por país 2009

Country/ Issues	hearing Loss	Mesothelioma	Dermatoses	Asthma	Total of ODs	Number of (insured) workers
Austria (2009)	883	122	245	191	1,848	(AUVA): N= 3,204,737
Belgium (2010)	441	68	65	67	1,440	N= 2,400,000
Bulgaria (2009)	7	0	0	1	116	N=2,696,109
Cyprus (2009)	1	1	0	0	3	N (labour force) = 300,500
Czech Rep. (2009)	16	9	140	66	1,236	N= 5,000,000
Denmark (2010)*	1,153	87	1,696	Not documented	5,169	N (2009) = 2,831,100
Estonia (2010)	7	0	5	6	104	N (labour force)= 668,290 N (employees) = 570,000
Finland (2009)	1,119	55 (circa)	443 (circa)	148 (circa) Respiratory diseases	3,057	N= 2,460,000
France (2009)	1,048	586	Not documented	222 Work-related rhinitis/ asthma	49,341	(CNAMTS) N (employees of private sector) = 18,460,000
Country/ Issues	hearing Loss	Mesothelioma	Dermatoses	Asthma	Total of ODs	Number of (insured) workers
Germany (2009)	5,379	1,030	586/9,628**	508	16,078/25,570 **	(DGUV) N (employees of private and public sectors)= 38,500,000
Greece (2003-2009)	Not documented	Not documented	9 (Contact dermatitis)	2	19	(IKA-ETAM) N = 1,850,673
Hungary (2010)	34	4	15	0	274	N (employees in 2009): 2,660,713
Iceland (2009)	0	0	0	20	4	N= 167,000
Ireland (2009)	0	1	9	5	23	N= 2,578,000
Italy (2009)	2,636	875	372	137	12,551	INAIL N(Ind.&services)= 17,628,963
Latvia (2009)	306	1	10	48	2,842	N= 937,600
Lithuania (2010)	73	0	6	7	390	N=1,343,700
Malta	<i>Statistic only for work-related accidents but not for ODs (in 2009 there were 12 mesothelioma cases)</i>					
Netherlands (2009)	4,619 reported cases	193 compensated cases in 2010	189 reported cases	94 reported cases of Pulmonary and respiratory disorders	9,856 reported ODs	N (employed population in 2010)= 7,400,00
Norway (Labour & Welfare Administration Registry 2007)	347	Not documented	Not documented	Not documented	914	N (labour force) = 2,100,000
Country/ Issues	hearing Loss	Mesothelioma	Dermatoses	Asthma	Total of ODs	Number of (insured) workers
Portugal (2009)	327	1	76	64	3,320	N= 5,595,000
Romania	<i>Statistics only in Romanian</i>					
Slovakia	<i>Statistics only in Slovakian and need for permission from the National Health Information centre to access to the data</i>					
Slovenia (2010)	1	4	10	10	44	N= 818,975
Spain (2009)	1,415	16	1,136	283	16,850	N= 15,680,700
Sweden	<i>No statistics attached</i>					
Switzerland (2009)	1,021	84	660	120	3,590	N = 3,667,440
United Kingdom (2009/2010)	210	1,900	70	130	6,780	N= 23,700,000

* Source : Eurogip



Según el informe citado los estados que cuentan con un mayor número de EE.PP declaradas a fecha de 2009 son Francia (49.341), España (16.850), Alemania (16.078), Italia (12.551), Holanda (9.856) y Reino Unido (6.780).

Esta información estadística cuantitativa muestra que España cuenta con un número superior de EE.PP declaradas en relación a países como Alemania o Italia que cuentan con un significativo volumen de población ocupada, mayor que en el caso de España. A datos de 2012 según Eurostat la tasa de ocupación media en Alemania se sitúa en 72,7 %, en Italia en 56,8 % y España en 55,7%.

En el propio informe se recogen las recomendaciones de la Comisión Europea 2003/670/EC a los estados donde se contemplan las siguientes medidas: reconocimiento, compensación, medidas preventivas, umbrales cuantificados para la reducción del porcentaje de enfermedades profesionales reconocidas, registro y notificación de las mismas, epidemiología, investigación de patologías, diagnóstico, estadísticas y concienciación.

La Comisión Europea reconoce la libertad de los estados miembros para no adoptar la lista de enfermedades profesionales europea del Anexo I, aunque exige a los estados que establezcan los criterios para el reconocimiento de cada enfermedad profesional de acuerdo a su normativa nacional y a su praxis. La regulación de las EE.PP en la UE por normativa comunitaria se incardina en la Directiva Marco 89/391 de seguridad y salud en el trabajo de 12 de junio de 1989 que enfatiza la importancia de los factores sociales, el entorno de trabajo y la vigilancia de la salud.

Entre los hallazgos destacados del informe se resumen los siguientes:

- ⇒ 26 de 29 estados analizados cuentan con un listado de enfermedades profesionales implantado con el propósito del reconocimiento y la compensación de la enfermedad. Dependiendo de cada país se establece un baremo mayor o menor en relación a la presunción de existencia.
- ⇒ Las listas varían desde países que cuentan con un número muy reducido de EE.PP (Suiza) o países con un número alto de EE.PP reconocidas de modo oficial (Francia, España, Italia).
- ⇒ De los estados analizados solo 4 (Chipre, Noruega, Rumania y Suecia) no han cambiado su lista de EE.PP desde 2003.
- ⇒ Entre las principales inclusiones en la lista por los países cabe destacar la inclusión del asbesto o amianto (Austria 2006) cáncer de pulmón por inhalación de polvo de asbesto (Alemania 2008), epicondilitis (Irlanda 2003), artritis ósea de rodilla (Alemania 2008), cáncer de pulmón derivado de silicosis (Rep. Checa 2011), etc..
- ⇒ 23 de 29 estados analizados cuentan con un sistema específico de compensación a los trabajadores en caso de EE.PP, incluyendo pensiones económicas en caso de invalidez permanente y rehabilitación.
- ⇒ 19 de los 29 países analizados cuentan con una política específica de prevención de riesgos de EE.PP. En 15 de los 29 estados existen medidas de prevención específicas para enfermedades musculoesqueléticas. En 9 países existen medidas preventivas para la reducción de los efectos de exposición al ruido y en 5 países medidas de prevención de alergias respiratorias y enfermedades de la piel.
- ⇒ Sin perjuicio de su no consideración como enfermedades profesionales, en 11 países (incluido España), existen medidas específicas para la prevención de enfermedades relacionadas con los riesgos psicosociales (estrés, burn out, acoso, violencia en el trabajo...) y en 5 países medidas específicas para la prevención de enfermedades asociadas al uso de nuevas tecnologías.



- ⇒ Las principales enfermedades profesionales en la Unión Europea en cuanto a la mayor incidencia de las mismas en los diferentes Estados, según el informe, son las siguientes:
 - a) Musculo esqueléticas
 - b) Derivadas de sustancias nocivas
 - c) Vinculadas al ruido
 - d) Derivadas de la inhalación de asbesto (amianto)
 - e) Enfermedades de la piel
- ⇒ La mayoría de los países cuentan con un sistema implantado de enfermedades profesionales similar aunque su eficacia depende en gran medida de los diferentes países. Existen dos modelos en Europa de notificación o registro:
 - Modelo público gestionado por los sistemas públicos de salud
 - Modelo independiente externo (Francia, Italia, Reino Unido)
- ⇒ El sistema de protección e indemnización a los trabajadores afectados por enfermedades profesionales se limita a los casos incluidos en los cuadros nacionales.
- ⇒ Los sistemas de alerta de enfermedad profesional son nacionales y válidos para todo el territorio nacional.
- ⇒ El procedimiento de notificación de enfermedad profesional, descansa en los facultativos de las entidades gestoras o mutuas con carácter mayoritario en España y en los facultativos médicos del sistema nacional de salud (Dinamarca, Francia, Italia, Holanda, Rumania etc...). En otros casos se reportan por los médicos de empresa (Bélgica) y, en otros, son las empresas quienes reportan las enfermedades profesionales (Rep. Checa y Suecia). Alemania es el único país en el que existen fondos de seguro de salud que asumen la competencia de notificar las enfermedades profesionales.

Existen incentivos para el reporte en algunos países (Austria, Dinamarca, Noruega, Alemania etc...) mediante los cuales se abonan honorarios a los médicos por cada caso de potencial enfermedad profesional notificada y que concluye en reconocimiento. Otros países como Bélgica, Chipre o Malta han establecido procedimientos de notificación electrónica, agilizando así los mecanismos de reporte, como es el caso de España que desde 2007 pone en marcha el CEPROSS y posteriormente el sistema PANOTRATSS.

La mitad de los países analizados, incluyendo a España no cuenta con un sistema de identificación en materia de epidemiología en las enfermedades listadas del Anexo II.

Se ha puesto en marcha un mecanismo internacional llamado MODERNET que tiene como fin crear una red para el seguimiento de la evolución de las enfermedades profesionales –como las de carácter alérgico o infeccioso y los peligros para la reproducción– y de los riesgos profesionales nuevos y emergentes causados por agentes biológicos, gestionada en colaboración por la Universidad de Manchester, la Universidad de Milán, la Universidad de Grenoble, el Instituto Nacional de Praga, el Centro Holandés de enfermedades profesionales y el Instituto Finlandés de salud ocupacional.

Con objeto de llevar a cabo un análisis más detallado de la situación de España, comparada con otros países europeos en relación al número de EE.PP declaradas por cada grupo, consultores externos han examinado la evolución del número de EE.PP que coinciden en 4 países (España, Reino Unido, Irlanda y Finlandia) siendo significativo que España sea la que mas EE.PP declara incluso en relación a Reino Unido que cuenta con más del doble de población ocupada.

Se realizó un estudio comparativo y exhaustivo de las enfermedades profesionales a partir de las listas nacionales de Reino Unido, Irlanda y Finlandia respecto a la lista nacional de enfermedades profesionales en España según el Real Decreto 1299/2006.



Estos tres países se seleccionaron ya que según el “Informe sobre la situación actual en lo referente a sistemas de enfermedades ocupacionales en los Estados miembros y EFTAEEA países, en particular en relación con la recomendación de la Comisión 2003/670/CE con respecto a la agenda europea de enfermedades profesionales y recopilación de datos sobre aspectos relevantes relacionados” son los países que tienen una estructura diferente pero un contenido similar al cuadro de enfermedades profesionales en España.

En el gráfico siguiente solamente se recogen las enfermedades profesionales comunes entre estos países respecto a España. No se han compilado todas las enfermedades profesionales de cada uno de los países indicados.

En las listas nacionales de Reino Unido, Irlanda y Finlandia se clasifican las enfermedades en 4 grupos:

- Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos
- Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos
- Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos
- Condiciones misceláneas no comprendidas en otros grupos

Como fuentes utilizadas para la elaboración de la comparativa se citan las siguientes:

- Reino Unido: Gobierno de Reino Unido, departamento de trabajo y pensiones (Department for Work & Pensions)
- Irlanda: INTREO, Departamento de protección social (Department of Social Protection)
- Finlandia: Instituto finlandés de salud ocupacional (Finnish Institute of Occupational Health)

Gráfico 1.b) Comparativa en la que se indica el número total de enfermedades profesionales registradas en nuestro país y el número de enfermedades profesionales de, al menos, tres países europeos en los cuales el concepto de enfermedad profesional sea similar:

	ESPAÑA	REINO UNIDO	FINLANDIA	IRLANDA
Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos	208	17	48	40
Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por Agentes físicos	79	20	27	19
Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por Agentes biológicos	53	22	17	14
Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.	24	19	8	3
Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados.	21	-	-	-
Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.	20	-	-	-
	405	78	100	76

Fuente: Método consultores 2013



4.2 Estado de la situación de las Enfermedades Profesionales en España. Análisis cuantitativo y cualitativo

Una vez indicados algunos apuntes breves sobre el reconocimiento de las enfermedades profesionales en los países europeos, nos centraremos en analizar, con mayor detenimiento, el diagnóstico de situación de las enfermedades profesionales en España a través de la información estadística proporcionada por organismos oficiales.

De acuerdo con la información proporcionada a través de las aplicaciones CEPROSS y PANOTRATSS en el año 2012 extraída del Informe anual 2012 del Observatorio de enfermedades profesionales y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo, se han producido un total de 25.438 patologías causadas por el trabajo, 16.841 expedientes de enfermedades profesionales y 8.597 expedientes de patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo.

Gráfico 2: Número de Enfermedades causadas por el trabajo (2012)

	2012	% Δ
Enfermedades Profesionales CEPROSS	16.841	-12,26
Patologías no traumáticas causadas por el trabajo (PANOTRATSS)	8.597	- 22,32
TOTAL Enfermedades causadas por el trabajo	25.438	-15,94

Tomando en cuenta estos datos actualizados, que resultan similares a los contemplados en el análisis de las estadísticas sobre enfermedades profesionales reconocidas en países europeos en 2009, Francia y España son los países con mayor número de enfermedades causadas por el trabajo declaradas. Tal y como podemos apreciar en el siguiente gráfico, la evolución desde 2007 es descendente, pasando de 20.532 partes comunicados en 2008 a los 16.841 en 2012.

Gráfico 3: Evolución del número de partes comunicados por las mutuas y entidades gestoras a través de CEPROSS en el periodo 2007- 2012

	Con baja	Sin baja	Suma	% Δ	Lesiones permanentes no invalidantes	% Δ	Total	% Δ
2007	11.400	5.418	16.818		1.681		18.499	
2008	11.476	7.015	18.491	9,95	2.041	21,42	20.532	10,99
2009	9.648	7.139	16.787	- 9,22	1.491	- 26,95	18.278	- 10,98
2010	8.765	8.077	16.842	0,33	1.344	- 9,86	18.186	- 0,50
2011	8.805	9.117	17.922	6,41	1.273	- 5,28	19.195	5,55
2012	7.466	8.178	15.644	-12,71	1.197	-5,97	16.841	-12,26

Por otro lado, del total de los partes de enfermedades profesionales de 2012, algo menos de la mitad, 7.466 tuvieron baja laboral y 8.178 se cerraron sin baja laboral, lo que supone una reducción significativa y progresiva desde 2007 en relación a los partes con baja que experimentan un descenso a fecha de 2012 de 3.934 bajas menos. Este dato se relaciona con el número de los expedientes de lesiones permanentes no invalidantes originados por enfermedad profesional con fecha del hecho causante jurídico en 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 que han sido resueltos con informe favorable antes

del 31 de diciembre de 2012 y que reflejan un progresivo descenso anual en el periodo de referencia citado.

Con anterioridad a la aprobación del cuadro de enfermedades profesionales introducido por el RD 1299/2006 existía un incremento gradual sostenido desde 2000 a 2005, pasando de 19.622 en 2000 a 30.030 en 2005, aunque se reduce ese techo en 2006 (25.397), tal y como refleja el gráfico 4. En cuanto a la segmentación de partes sin baja en el periodo analizado (2000-2006) no se observa una tendencia ascendente o descendente clara registrándose el menor número de partes sin baja en 2003 (3.135) y el mayor número de partes sin baja en 2005 (5.506). En todo caso estas cifras de partes sin baja están muy alejadas de la situación actual, que a datos totalizados de 2012 se contabilizan 8.178.

No obstante, los datos anteriores y posteriores a enero de 2007 no son directamente comparables, ya que ha mejorado la fiabilidad estadística a raíz de los nuevos métodos de comunicación y registro (papel antes de dicha fecha e informáticamente vía CEPROSS con posterioridad). El sistema empleado desde enero de 2007 evita duplicidades y el registro de expedientes que finalmente no son considerados EE.PP.

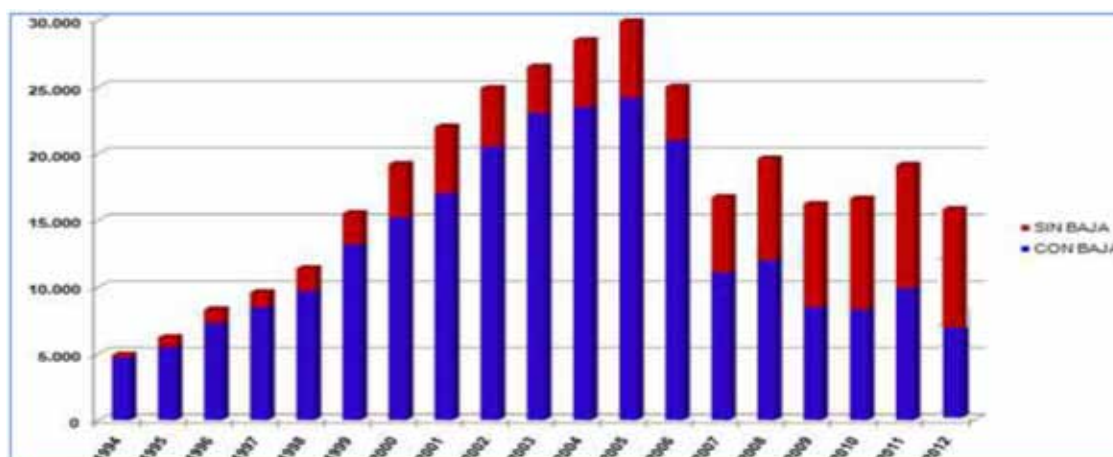
Gráfico 4: Evolución de los partes de enfermedad profesional comunicados por las empresas en el periodo 2000-2006 con anterioridad a la aprobación del RD 1299/2006. ¿Esta tabla no había cambiado?)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CON BAJA	15.461	17.896	20.722	23.722	24.047	24.524	21.774
LEVES	15.267	17.725	20.568	23.520	23.888	24.402	21.734
GRAVES	191	171	152	172	157	120	40
MORTALES	3	0	2	0	2	2	0
SIN BAJA	4.161	4.948	4.318	3.135	4.681	5.506	3.623
TOTAL	19.622	22.844	25.040	26.857	28.728	30.030	25.397

Si ampliamos el ámbito temporal del estudio de las enfermedades profesionales declaradas desglosadas por baja y sin baja médica desde 1994 hasta la actualidad, podemos observar la evolución de las mismas a través del siguiente gráfico:



Gráfico 5: Evolución de las Enfermedades profesionales declaradas con baja y sin baja en el periodo 1994-2012



Fuente: AMAT

Como hemos apuntado con anterioridad, desde el año 2007 se observa un incremento en la declaración de enfermedades profesionales sin baja y un descenso en las enfermedades con baja. Al analizar este hecho caben diversas interpretaciones en función de considerar que su causa fundamental consiste en:

- El “miedo a la pérdida de puesto de trabajo” que pueden tener los trabajadores en la situación actual en el caso de causar baja laboral.
- Mayor “eficacia de la actuación en prevención”, debida fundamentalmente al incremento en la realización de reconocimientos médicos que aplican protocolos específicos para cada riesgo.
- La evolución de los procesos productivos, ya que en los últimos años, la incorporación de sistemas tecnológicos, nuevos equipos de trabajo y avances técnicos han coadyuvado al perfeccionamiento de las medidas preventivas con un impacto en la reducción o eliminación de los riesgos y descenso del número de partes comunicados de EE.PP.¹⁷

Con respecto a la primera causa podemos afirmar que si “el miedo a la pérdida de puesto de trabajo” fuera el causante del aumento de las enfermedades profesionales sin baja, en lugar de la mayor eficacia de las medidas preventivas, sería esperable que en los accidentes de trabajo se produjera una evolución similar y sin embargo, los accidentes de trabajo sin baja han pasado de 777.162 en 2011 a 696.146 en 2012, es decir, se ha producido un descenso del 10,42%.

Teniendo en cuenta que el número de trabajadores ha pasado de 14.829.200 en 2011 a 13.925.500 en 2012 (lo que supone una reducción del 6,1%) el índice de incidencia de accidentes sin baja ha pasado del 5,02 al 4,58. Eso significa que cada vez se producen menos accidentes sin baja, tanto en términos absolutos como en términos relativos, por lo que no parece tener sentido hablar de miedo y si no se tiene en el accidente de trabajo (cifrados en cientos de miles de accidentes sin baja), tampoco se tendrá para enfermedades profesionales (cifradas en miles de enfermedades profesionales sin baja).

Con la información disponible se podría concluir que el incremento de EE.PP sin baja médica y el descenso de EE.PP con baja se deben a la mayor “eficacia de la actuación en prevención” y a la evolución de los procesos productivos.

Por otro lado, el análisis estadístico de las enfermedades profesionales, por grupos de edad y sexo, muestra una mayor concentración de la mismas en los tramos de edad (35-39), (40-44) y (45-49) para

¹⁷ Cfr. MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: avance mensual y trimestral

los varones y mayor concentración para las mujeres en los tramos de edad (45-49), (50-54) y (40-44), constatando una edad media total de reconocimiento de EE.PP a los 42,94 años y una mayor duración media de los procesos de 60-64 años en los hombres y de 45-49 años en las mujeres, tal y como podemos observar en los gráficos 6 y 7.

Gráfico 6: Distribución por sexo y grupos de edad del número de procesos (2012)

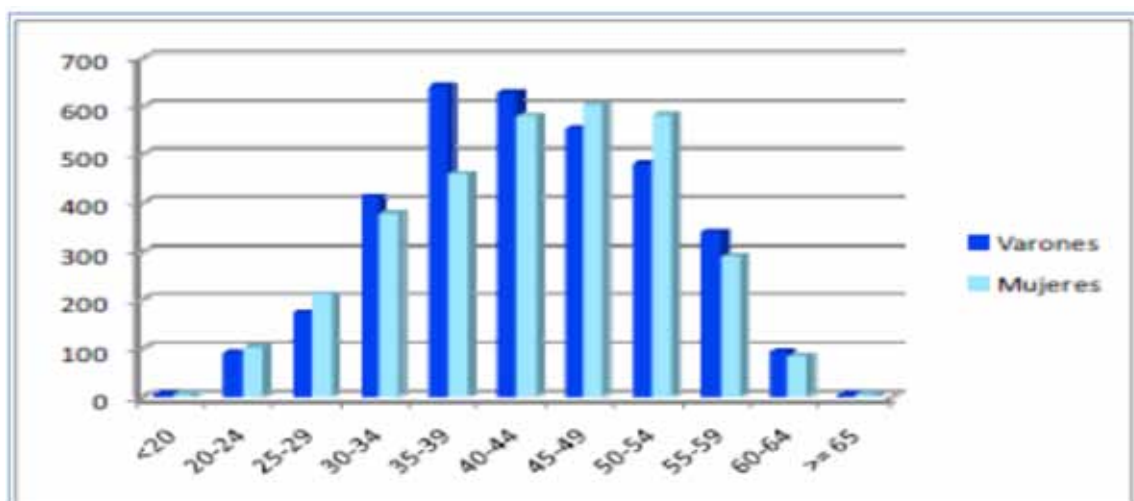


Gráfico 7: Características de la edad al causar enfermedad (2012)

	Hombres	Mujeres	Total
Edad media	42,77	43,12	42,94
Intervalo modal	35-39 años	45-49 años	40-44 años
% enfermedad $\geq$ 60 años	2,81%	2,67%	2,74%
Mayor duración media de los procesos en:	60-64 años	45-49 años	60-64 años

Si analizamos la evolución de los partes comunicados en el periodo 2007-2012 por grupo de enfermedad, en el histórico se muestra una tendencia de concentración de enfermedades en el Grupo 2 (agentes físicos) y a continuación se sitúan las del Grupo 5 (enfermedades de la piel), seguidas de las contempladas en el Grupo 1 (agentes químicos), Grupo 4 (inhalación de sustancias) y Grupo 3 (agentes biológicos). Por último, el Grupo 6 (agentes carcinógenos) es el que menos enfermedades registra, con un número muy reducido de casos.

En relación al Grupo 2, al finalizar el análisis del periodo de 6 años de referencia, muestra una disminución en 2012 de los partes sin baja en relación al año precedente, aunque también resulta significativo el aumento gradual desde el año de origen de la muestra ya que en 2007 solo se registran 4.574 partes comunicados.

Con la aprobación del Real Decreto 1299/2006 al estar cada enfermedad codificada permite determinar las enfermedades de los grupos que no son agentes físicos y que tradicionalmente concentraban casi la totalidad de las enfermedades, llegando a duplicarse el número de enfermedades profesionales en algunos de ellos.



Gráfico 8: Evolución del número de partes comunicados (2007 -2012) por grupos de enfermedad

	Con baja	Sin baja	Total	% sobre total enfermedades
Grupo 1: Agentes químicos				
2007	502	239	741	4,36%
2008	695	310	1.005	5,37%
2009	483	292	775	4,62%
2010	439	292	731	4,34%
2011	364	338	702	3,92%
2012	315	265	580	3,71%
Grupo 2: Agentes físicos				
2007	9.607	4.574	14.181	83,37%
2008	9.533	5.515	15.048	80,47%
2009	7.519	5.765	13.284	79,13%
2010	7.111	6.800	13.911	82,59%
2011	7.183	7.616	14.799	82,57%
2012	6.024	6.821	12.845	82,11%
Grupo 3: Agentes biológicos				
2007	228	67	295	1,73%
2008	297	196	493	2,64%
2009	441	220	661	3,94%
2010	208	169	377	2,24%
2011	319	182	501	2,79%
2012	336	178	514	3,29%
Grupo 4: Inhalación				
2007	342	196	538	3,16%
2008	547	303	850	4,55%
2009	473	399	872	5,19%
2010	427	398	825	4,90%
2011	419	441	860	4,80%
2012	296	400	696	4,45%
Grupo 5: Enfermedades de la piel				
2007	835	405	1.240	7,29%
2008	808	434	1.242	6,64%
2009	700	448	1.148	6,64%
2010	566	407	973	5,78%
2011	502	483	985	5,50%
2012	476	480	956	6,12%
Grupo 6: Agentes carcinógenos				
2007	11	4	15	0,09%
2008	46	16	62	0,33%
2009	32	15	47	0,28%
2010	14	11	25	0,15%
2011	18	57	75	0,42%
2012	17	34	51	0,33%

Si relacionamos los grupos de enfermedad con las actividades económicas para cada grupo de enfermedad la mayoría de los partes comunicados se concentran en un número determinado de actividades económicas. La industria manufacturera concentra el mayor número de enfermedades profesionales en todos los grupos, a excepción del grupo 3, que lo hace en las “actividades sanitarias” y “actividades sanitarias y servicios”.

Gráfico 9: Actividades con mayor número de enfermedades profesionales por grupos y actividad económica (2012)

Grupo de enfermedad profesional	Actividad económica	Porcentaje de enfermedades de la actividad respecto al grupo	
		Hombres	Mujeres
Grupo 1. Agentes químicos	• Industria manufacturera.	48,82	25,13
Grupo 2. Agentes físicos	• Industria manufacturera.	55,74	31,55
Grupo 3. Agentes biológicos	• Actividades sanitarias, servicios sociales.	50,62	88,07
Grupo 4. Inhalación de sustancias	• Industria manufacturera.	63,32	34,83
Grupo 5. Enfermedades de la piel	• Industria manufacturera.	55,88	16,63
Grupo 6. Agentes carcinógenos	• Industria manufacturera.	66,67	0,00

Las patologías más frecuentes, a nivel general, son las enfermedades del aparato locomotor y las afecciones de la conjuntiva (cuidado preguntar a Cirujano o a Carlos porque lo lógico es que la más



frecuente fuera la hipoacusia no la afección de la conjuntiva). El mayor número de estas patologías se da en la industria manufacturera, seguida del comercio al por mayor y de la construcción.

Mas concretamente, el análisis estadístico de los partes comunicados por patología y actividad económica que se puede visualizar en el siguiente gráfico, muestra que las enfermedades más comunes en 2012 son aquellas que se incluyen en el grupo 2 (agentes físicos), aparato locomotor (4.815), enfermedades de los sentidos (1.418), mientras que las actividades económicas con mayor incidencia de enfermedad profesional son las de la industria manufacturera (2.068) el comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos y motocicletas (1.516) y construcción(1.054).

La concentración de un mayor número de enfermedades en 2 patologías (aparato locomotor- patologías musculo esqueléticas) y enfermedades de los sentidos (afecciones de la conjuntiva e hipoacusia) y en tres sectores de actividad (industria manufacturera, comercio al por mayor y construcción) podría justificar la elaboración de protocolos específicos de prevención industriales, basados en actividades profesionales que registran mayor tasa de morbilidad.

Tal y como señala AMAT en su estudio “Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales” algunas enfermedades profesionales se encuentran en franco descenso desde hace años como la silicosis, donde se ha reducido no sólo la incidencia sino también la gravedad. En los últimos años, se está produciendo una lenta evolución de los trastornos de origen inmunoalérgico, observándose un continuo aumento de los casos de asma, que ha desplazado a la silicosis y otras neumoconiosis. También han disminuido los casos de afecciones provocadas por ruido, gracias a las medidas de prevención aplicadas y a la toma de conciencia de trabajadores y empresarios.

Entre los trabajadores de la construcción, la dermatitis producida por cemento está en claro retroceso gracias a las medidas de higiene en el lugar de trabajo y a la modificación de determinados componentes de los cementos. Sin embargo, la continua aparición de productos capaces de producir alergia cutánea, hace que las cifras de dermatosis sean todavía muy elevadas.

Se está produciendo un gran número de afecciones articulares, periarticulares y tendinosas, provocadas en gran parte por los movimientos articulares realizados en el ejercicio de la profesión. A este hecho se añaden factores como el sedentarismo y la predisposición constitucional. Estas patologías, que se presentan en muchas profesiones, están relacionadas con posturas inadecuadas o repetición de determinados gestos posturales, en especial de las extremidades superiores.

Gráfico 10: Número de partes comunicados en 2012 por actividades económicas y patologías

Actividades económicas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	Total
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4		4			1	1	2	2					1	2	4	12		2		35
Neoplasias		1																			1
Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico								1	2						4						7
Enfermedades endocrinas			5		5	3	4	3	2	1	5		9	12	19	2	6	9	3		88
Desórdenes mentales	2		8			6	16	14	5		11		3	8	6	2	31	1	2		115
Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	39	4	197		9	61	164	56	49	9	3	1	8	36	24	10	27	1	9		707
Enfermedades de los sentidos	79	5	448		10	294	151	55	71	9	3	5	32	126	64	6	37	9	12	2	1.418
Enfermedades del sistema circulatorio	3	1	24		5	27	22	34	17	2	4		3	13	19	3	18	1	1		197
Enfermedades del sistema respiratorio	4		23		1	11	13	4	8	3	1		1	26	18	3	15	2	4	2	139
Enfermedades del sistema digestivo	1		26		3	16	30	14	4				3	9	10	1	8	2			127
Enfermedades de la piel	34	3	172		9	69	83	29	47		1	1	9	64	27	1	38	9	17	3	616
Enfermedades del aparato locomotor	185	15	1.128	3	50	527	1.022	363	240	38	15	2	61	355	242	77	349	59	75	9	4.815
Enfermedades del sistema genitourinario			2			1									2		1				6
Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte			2				2			2				4	5	8	1	1			25
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	6		26		1	26	6	13	12	1		1	2	24	9	1	26	4	1		159
Factores que afectan el estado sanitario			3			12	2	1	2				1	30	7	4	77	2	1		142
Total general	357	29	2.068	3	33	1.054	1.516	589	461	65	43	10	132	708	458	122	646	100	127	16	8.597

A - Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca
 B - Industrias extractivas
 C - Industria manufacturera
 D - Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado
 E - Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
 F - Construcción
 G - Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
 H - Transporte y almacenamiento
 I - Hostelería
 J - Información y comunicaciones
 K - Actividades financieras y de seguros
 L - Actividades inmobiliarias
 M - Actividades profesionales, científicas y técnicas
 N - Actividades administrativas y servicios auxiliares
 O - Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria
 P - Educación
 Q - Actividades sanitarias y de servicios sociales
 R - Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento
 S - Otros servicios
 T - Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio

En el siguiente gráfico se muestra la relación completa de actividades económicas con riesgo de enfermedades profesionales, concretando el grupo de enfermedad.

Gráfico 11: Actividades económicas con repeticiones de enfermedad profesional, según grupos de enfermedad (2012)

CNAE / CODEP	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
8411 - Actividades generales de la Administración Pública						
2550 - Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos						
2932 - Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor						
2410 - Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones						
2451 - Fundición de hierro						
2910 - Fabricación de vehículos de motor						
2931 - Fabricación de equipos eléctricos y electrónicos para vehículos de motor						
4711 - Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con predominio en productos alimenticios, bebidas y tabaco						
8610 - Actividades hospitalarias						
8731 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores						
0119 - Otros cultivos no perennes						
0123 - Cultivo de cítricos						
0150 - Producción agrícola combinada con la producción ganadera						
0510 - Extracción de antracita y hulla						
1011 - Procesado y conservación de carne						
1013 - Elaboración de productos cárnicos y de volatería						
1039 - Otro procesado y conservación de frutas y hortalizas						

CNAE / CODEP	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
3320 - Instalación de máquinas y equipos industriales						
3600 - Captación, depuración y distribución de agua						
4121 - Construcción de edificios residenciales						
4321 - Instalaciones eléctricas						
4329 - Otras instalaciones en obras de construcción						
4333 - Revestimiento de suelos y paredes						
4334 - Pintura y acristalamiento						
4719 - Otro comercio al por menor en establecimientos no especializados						
5630 - Establecimientos de bebidas						
6110 - Telecomunicaciones por cable						
6190 - Otras actividades de telecomunicaciones						
6820 - Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia						
7320 - Estudio de mercado y realización de encuestas de opinión pública						
8121 - Limpieza general de edificios						
8220 - Actividades de los centros de llamadas						
8531 - Educación secundaria general						
8690 - Otras actividades sanitarias						
8710 - Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios						
8812 - Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad						
9512 - Reparación de equipos de comunicación						
CNAE / CODEP	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
1071 - Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería						
1200 - Industria del tabaco						
1413 - Confección de otras prendas de vestir exteriores						
1419 - Confección de otras prendas de vestir y accesorios						
2059 - Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.						
2211 - Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos						
2229 - Fabricación de otros productos de plástico						
2370 - Corte, tallado y acabado de la piedra						
2561 - Tratamiento y revestimiento de metales						
2711 - Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos						
2822 - Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación						
3020 - Fabricación de locomotoras y material ferroviario						

La relación completa de actividades económicas con riesgo de enfermedad profesional especificando grupo de enfermedad muestra actividades económicas muy concretas que visualizan una mayor concentración de las mismas (ej.: fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos

de motor, fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones, forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos etc..), actividades en las que se hace necesario dirigir mayores esfuerzos en materia de prevención de riesgos laborales, fundamentalmente en investigación y desarrollo en materia de EE.PP principalmente vinculadas a análisis epidemiológicos , que podrían ser llevados a cabo por las mutuas y que permitan determinar bajo qué circunstancias se producen las enfermedades profesionales.

Al analizar las causas de cierre de los procesos de enfermedad profesional en 2012, según se muestra en el gráfico siguiente, los datos muestran un alto porcentaje de alta por curación (86%) lo que viene a visibilizar la eficacia del tratamiento médico. Sin embargo otras causas de cierre (propuesta de cambio de trabajo o lesión permanente no invalidante) resultan escasamente significativas en términos cuantitativos. En cuanto a la duración media del proceso, la media de 83,94 días muestra que la mayoría de los procesos de enfermedad profesional, no superan un trimestre natural.

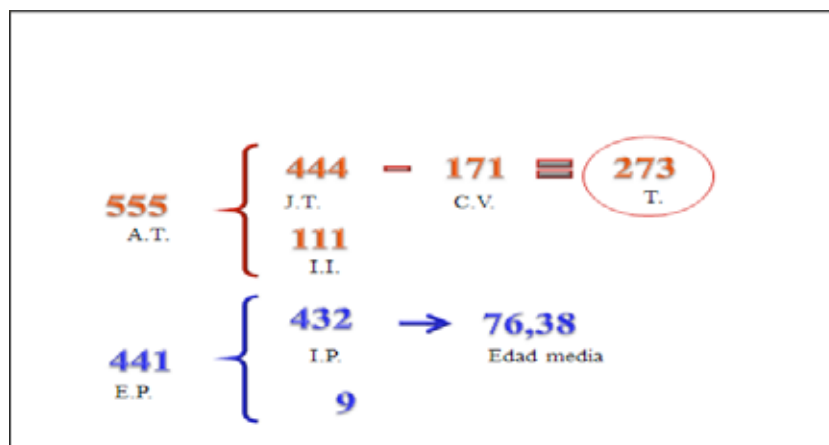
Gráfico 12: Causas de cierre del proceso de Enfermedad Profesional (2012)

Causa de cierre	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
1. Alta por curación en todos los casos y/o alta laboral	2.902	85,00	2.864	87,05	5.766	86,01
2. Alta con propuesta de IP	171	5,01	65	1,98	236	3,52
3. Alta con propuesta de cambio de trabajo	12	0,35	4	0,12	16	0,24
4. Lesiones permanentes no invalidantes	18	0,53	24	0,73	42	0,63
5. Fallecimiento	5	0,15			5	0,07
6. Sin baja laboral en último parte	112	3,28	94	2,86	206	3,07
7. Otras causas	194	5,68	239	7,26	433	6,46
Total	3.414	100,00	3.290	100,00	6.704	100,00

Si tomamos en cuenta el número de muertes registradas en España a causa de una enfermedad profesional en 2012 (441), el número resulta similar al de fallecimientos registrados a causa de una accidente de trabajo producido en jornada laboral (444).

De los 441 casos de EE.PP. que produjeron una muerte en 2012, 432 tenían reconocida previamente una incapacidad y su edad media en el momento del fallecimiento era de 76,38 años., edad muy próxima a la esperanza de vida en nuestro país según datos de Eurostat (2012) que la sitúan en 79,01 años para los hombres y 84,72 para las mujeres.

Gráfico 13: Fallecidos en 2012 como consecuencia de Accidente de Trabajo (AT) y Enfermedad profesional (EP)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Observatorio de Enfermedades profesionales CEPROSS 2012



De los datos anteriores se pueden extraer las siguientes afirmaciones:

- La proximidad de las cifras anuales de fallecimientos por AT (555) y EE.PP (441) se explica porque los AT por definición son patologías que se dan normalmente en el año en que se produce el fallecimiento, mientras que los fallecimientos derivados de EE.PP, arrastran una secuencia histórica en el que el origen de la enfermedad ha tenido lugar lustros o décadas atrás en periodos en los que no existía un marco normativo avanzado y tuitivo para los trabajadores afectados, ni una estructura organizativa en las empresas de prevención de riesgos tan eficaz como la actual
- La prevención reactiva (aquella que se realiza tras producirse un daño a la salud) es menos factible en los casos de EE.PP. que en los de A.T. ya que las consecuencias se conocen con frecuencia muchos años después de la exposición a los agentes causantes (como es el caso del amianto), por lo que hay que dedicar un mayor esfuerzo a la prevención activa.
- Las EE.PP produjeron en España, en el año 2012, un número similar de muertes a los producidos por los A.T.
- En función de los datos analizados no se puede mantener la afirmación de que “en España no se declaran enfermedades profesionales”, sobre todo si tomamos en cuenta el número de enfermedades profesionales declaradas en países de nuestro entorno, en los que sólo Francia registra un nivel superior a España.

De acuerdo con la evolución de los partes de enfermedad profesional comunicados por Comunidad Autónoma en la serie histórica 2007-2012 y tomando especialmente como referencia el último ejercicio con datos disponibles totalizados a fecha de 2012, el mayor número de partes se localiza en Cataluña (3.205), País Vasco (2.799), Navarra (1.322); Madrid (1.239), Galicia(1.067), Aragón (1.045) y Valencia (982).

La concentración de un mayor número de partes en las 6 Comunidades Autónomas citadas se puede explicar no solo por el mayor índice de población activa sino especialmente por una mayor presencia de industrias y actividades económicas con presencia de factores de riesgo¹⁸.

Entre las Comunidades Autónomas que registran mayor número de partes, algunas de ellas (País Vasco, Navarra, Madrid, Comunidad Valenciana) tienen implantados sistemas de ayuda diagnóstica adicionales para la detección de posibles enfermedades profesionales. Algunas de estas Comunidades registran tasas de comunicación de partes de enfermedad profesional superiores a la media (País Vasco y Navarra, que tienen implantados el sistema de ayuda diagnóstica desde hace mas de 3 años), sin que, sin embargo, pueda establecerse una conclusión definitiva sobre si la implantación de este tipo de iniciativas haya conllevado un crecimiento de la tasa de comunicación de partes en relación a los comunicados en ejercicios anteriores a su puesta en marcha.

Sobre la eficacia de los sistemas de ayuda diagnóstica, el estudio elaborado por FREMAP que lleva por título “Análisis de las Enfermedades profesionales 2008-2012”, muestra que estos sistemas son eficaces y ayudan a la detección de posibles EE.PP pero su eficacia resulta parcial al existir mayor proporción de agentes físicos y mayor proporción de EE.PP sin baja médica.

¹⁸

Cfr. MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Anuario de Estadísticas 2012

Gráfico 14: Evolución de los partes de Enfermedad profesional comunicados distribuidos por Comunidad Autónoma

CC.AA.	NÚMERO						2013*
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Enero-Septiembre
ANDALUCÍA	821	878	810	815	949	741	551
ARAGON	1.761	1.694	1.334	1.400	1.291	1.045	648
ASTURIAS (PPDO. DE)	606	524	509	536	547	303	311
BALEARES (ISLAS)	260	341	403	327	394	402	308
CANARIAS	118	171	258	324	434	390	312
CANTABRIA	312	398	433	289	341	274	233
CASTILLA Y LEON	1.019	984	881	832	1.010	759	581
CASTILLA-LA MANCHA	439	447	353	369	352	355	295
CATALUÑA	3.546	4.233	3.650	3.412	3.505	3.205	2.611
CMDAD. VALENCIANA	930	1.098	1.012	1.363	1.158	982	1.056
EXTREMADURA	170	208	176	176	203	171	130
GALICIA	936	1.237	1.273	1.188	1.244	1.067	740
MADRID (CMDAD. DE)	1.181	1.228	1.018	949	1.134	1.239	968
MURCIA (REGION DE)	481	494	275	386	572	443	370
NAVARRA (CMDAD. FORAL DE)	1.551	1.687	1.425	1.509	1.714	1.322	1.119
PAIS VASCO	2.570	2.768	2.760	2.752	3.023	2.799	2.159
LA RIOJA	349	297	274	291	240	182	166
CEUTA Y MELILLA	11	13	6	10	10	32	4
TOTALES	17.061	18.700	16.850	16.928	18.121	15.711	12.562

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Por último, es necesario realizar un análisis comparativo respecto de las patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo que no tienen la consideración de enfermedades profesionales porque a efectos legales a tales patologías se les aplica el régimen de “accidentes de trabajo” y cuyos datos estadísticos proporciona anualmente el sistema PANOTRATSS desde el 1 de enero de 2010.

La información que pone de manifiesto PANOTRATSS puede ser fundamental para proponer y elaborar criterios más precisos para el diagnóstico y puede facilitar el estudio específico y la comparación de los diagnósticos considerados que tienen un origen exclusivo laboral con los mismos diagnósticos considerados como enfermedad común, a fin de avanzar en precisión y ayudar a la diferenciación desde el punto de vista legal en la declaración de contingencia.

Las patologías no traumáticas causadas por el trabajo protegidas por el sistema de la Seguridad Social se pueden estudiar y analizar a partir de la implantación del Sistema PANOTRATSS. El objetivo principal es conocer estas patologías, estudiar su origen y las causas que las producen para facilitar las medidas de prevención.

Así, como puede observarse en el siguiente gráfico en 2012 se han detectado 8.597 patologías no traumáticas, (6.682 enfermedades causadas por el trabajo) y 1.915 (enfermedades agravadas por un accidente de trabajo). Las enfermedades del aparato locomotor al igual que ocurre con las enfermedades profesionales son las más frecuentes, seguidas de las enfermedades de los sentidos y del mismo modo el mayor número de patologías se da en la industria manufacturera, seguida del comercio al por mayor y de la construcción.

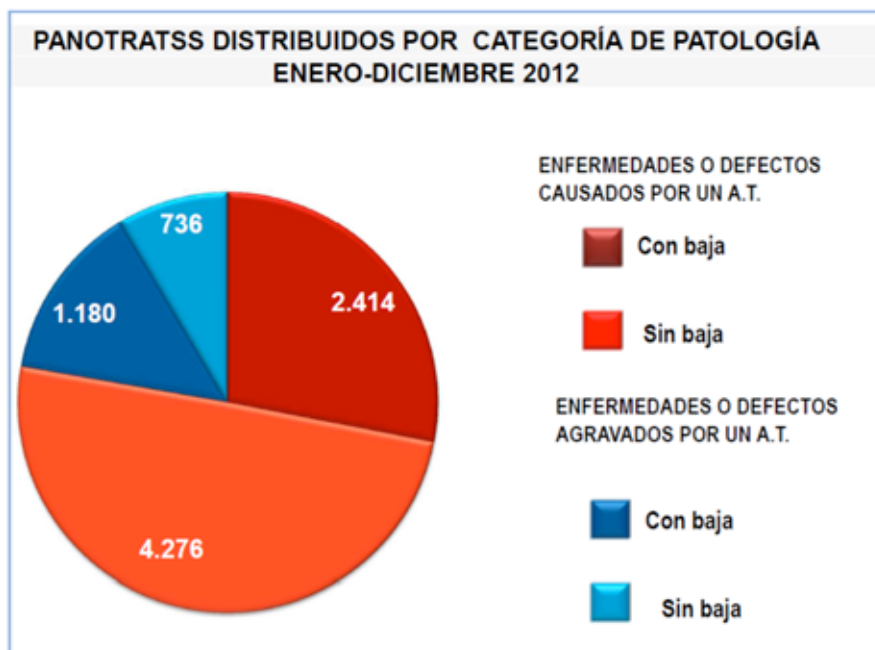
Gráfico 15: Partes comunicados por patología y categoría PANOTRATSS (2012)

Tipo patología	Categoría	Número
Enfermedad causada por el trabajo		
01.-Enfermedades infecciosas y parasitarias		33
02.-Neoplasias		1
03.-Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico		7
04.-Enfermedades endocrinas		83
05.-Desórdenes mentales		94
06.-Enfermedades del sistema nervioso central y periférico		653
07.-Enfermedades de los sentidos		1.392
09.-Enfermedades del sistema cardiocirculatorio		134
10.-Enfermedades del sistema respiratorio		122
11.-Enfermedades del sistema digestivo		79
12.-Enfermedades de la piel		499
13.-Enfermedades del aparato locomotor		3.267
14.-Enfermedades del sistema genitourinario		4
18.-Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte		20
19.-Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos		155
23.-Factores que afectan el estado sanitario		139
Total		6.682
Enfermedad o defecto agravado por el trabajo		
01.-Enfermedades infecciosas y parasitarias		2
04.-Enfermedades endocrinas		5
05.-Desórdenes mentales		21
06.-Enfermedades del sistema nervioso central y periférico		54
07.-Enfermedades de los sentidos		26
09.-Enfermedades del sistema cardiocirculatorio		63
10.-Enfermedades del sistema respiratorio		17
11.-Enfermedades del sistema digestivo		48
12.-Enfermedades de la piel		117
13.-Enfermedades del aparato locomotor		1.548
14.-Enfermedades del sistema genitourinario		2
18.-Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte		5
19.-Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos		4
23.-Factores que afectan el estado sanitario		3
Total		1.915
Total Patologías		8.597

Si analizamos estas enfermedades calificadas como AT en 2012 en relación a las causadas con baja y sin baja médica, observamos como las enfermedades causadas o agravadas sin baja muestran una especial incidencia.

Según datos proporcionados por las Mutuas, el 32% de las patologías no traumáticas (PANOTRATSS) afectan a la espalda y este tipo de patologías se identifica como AT al no estar incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales ya que no se dispone de criterios de referencia que permitan establecer el origen específico de estas lesiones. Según la información estadística disponible el 60% de este tipo de patologías han afectado a hombres (el 83% causando baja).

Gráfico 16: Partes comunicados distribuidos por categoría de patología. (Baja médica, sin baja médica) PANOTRATSS (2012)



Fuente: AMAT

Finalmente si analizamos la secuencia histórica del índice de morbilidad (2005-2012), a partir de los datos extraídos del Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2012, observamos cómo éste casi se ha reducido a la mitad al disminuir desde el valor de 202,65 en 2005 al valor de 109,56 de 2012. Este significativo descenso coincide con la reducción en el mismo periodo del índice de incidencia de AT, que se reduce desde el valor de 6.011,8 en 2005 a 2.848,9 en 2012.

Asimismo, los accidentes con baja en jornada de trabajo han disminuido hasta los 408.537 en 2012 (mínimo registrado desde 2005) y las enfermedades profesionales han experimentado una reducción desde las 30.030 contabilizadas en 2005 hasta las 15.711 de 2012 según los datos comunicados en el Anuario de Estadísticas del Ministerio.

El siguiente gráfico visualiza en la primera columna el índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja referidos al número de accidentes de trabajo en jornada laboral, por cada 100.000 trabajadores, la segunda columna se corresponde con el número de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo, obteniéndose el número medio de trabajadores en función de una regla de tres aplicada respecto de los anteriores valores.



Gráfico 17: Evolución del índice de morbilidad (2005-2012) en comparación con el índice de incidencia de AT

	MEYSS	MEYSS	CALCULADO	MEYSS	CALCULADO
Año	li	Nº acb (JT)	Nº medio trabajadores	Nº EE.PP.	Índice de morbilidad
2005	6.011,8	890.872	14.818.723	30.030	202,65
2006	5.880,1	911.561	15.502.474	21.905	141,30
2007	5.760,3	924.981	16.057.862	17.010	105,93
2008	5.069,1	804.959	15.879.722	18.700	117,76
2009	4.130,7	617.440	14.947.588	16.850	112,73
2010	3.870,9	569.523	14.712.935	16.928	115,06
2011	3.515,2	512.584	14.581.930	18.121	124,27
2012	2.848,9	408.537	14.340.166	15.711	109,56

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2012

Como conclusión, en relación a la evolución histórica de los datos analizados podemos afirmar que tanto el número de AT y EE.PP como el índice de incidencia de AT y morbilidad se reducen muy significativamente desde 2005 hasta 2012 y entre las causas explicativas de este fenómeno podemos formular las siguientes:

- Esta reducción es producto de la mayor eficiencia de los sistemas de prevención de las empresas en los últimos años que puede justificar la disminución de las contingencias de origen profesional
- El número anual de EE.PP y el índice de morbilidad para los periodos de referencia visualizados resulta significativamente más bajo que el número de accidentes de trabajo anual y el índice de incidencia, lo que muestra que de las contingencias profesionales, las que tienen un mayor impacto en las empresas y en el sistema de Seguridad Social son los accidentes de trabajo, existiendo una tendencia consolidada de disminución de EE.PP y del índice de morbilidad.



5. Mitos y realidades de las EE.PP en ESPAÑA

A la luz de la información estadística sobre el estado de las EE.PP en nuestro país, visualizada en el anterior apartado y en función de algunas de las opiniones y manifestaciones vertidas en los últimos años por diferentes actores implicados sobre la conveniencia o necesidad de adecuación del modelo de EE.PP, podemos avanzar a continuación algunos de los mitos y realidades de las EE.PP en España.

Mitos y Realidades	
Mito 1: En España se registran menos EE.PP que en otros países europeos (16.841 expedientes EE.PP- CEPROSS) y 8.597 PANOTRATSS)	
Realidad	▪ España es junto con Francia el país de la UE que mayor número de EE.PP declara anualmente. ▪ El índice de morbilidad en España por cada 100.000 trabajadores ha descendido desde 202,65 en 2005 al valor de 109,56 de 2012, no obstante, esta reducción puede ser producto de la mayor eficiencia de los sistemas de prevención de las empresas en los últimos años que puede justificar la disminución de las contingencias de origen profesional
Mito 2: En España existe un índice muy elevado de mortalidad en relación a las EE.PP	
Realidad	▪ Según las estadísticas CEPROSS en 2012 se identifican 441 muertes derivadas de EE.PP de las cuales 432 son derivadas de invalidez permanente y la edad media de los fallecidos se sitúa en torno a los 76,38 años que es una edad muy próxima a la expectativa de vida en España (79,01 años para los hombres). ▪ La elevada edad media de los fallecidos por EE.PP se relaciona con el número relativamente bajo de fallecimientos por EE.PP (441) en relación a las EE.PP declaradas cada año (16.841) lo que supone un porcentaje de fallecimientos por enfermedad profesional de 2,75%.
Mito 3: En España se ocultan EE.PP por un sistema inadecuado de reconocimiento y por tanto existe una situación de infradeclaración	
Realidad	▪ El cambio de paradigma en la regulación de las EE.PP iniciado con el RD 1299/2006 supone una mayor profesionalización del sistema, superando el modelo anterior que descansaba en auto declaraciones empresariales, dado que son las Instituciones públicas (INSS) o colaboradoras (Mutuas) las que las declaran. El modelo español ha sido reconocido por la U.E como un modelo pionero e innovador. ▪ El sistema de reconocimiento no perjudica a la identificación cuantitativa del número real de EE.PP al existir un modelo electrónico normalizado (CEPROSS) que cumplimentan el INSS o las Mutuas y existir una litigiosidad moderada por impugnaciones de trabajadores que pueden demandar el reconocimiento de enfermedad profesional y la impugnación de la consideración de su baja como enfermedad común.
Mito 4: En España el modelo normativo de determinación de las EE.PP recoge un número de patologías inferior a otros modelos de referencia reconocidos en países europeos	
Realidad	▪ En modo alguno, ya que el RD1299/2006, que recoge en los Anexos I y II los 6 grupos de enfermedades profesionales, incorpora al derecho español las directrices comunitarias en los términos de la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión de 19 de septiembre de 2003. ▪ Además, desde 1 de enero de 2010, está vigente el sistema PANOTRATSS para el diagnóstico y reconocimiento de enfermedades causantes o agravadas por el trabajo no incluidas en el Anexo I RD 1299/2006, con tratamiento legal de AT lo que les otorga un rango compensatorio similar en relación a las EE.PP reconocidas en el cuadro.



Mito 5: En España el reconocimiento de la E.P supone automáticamente baja médica

Realidad	▪ Existen 9.000 EE.PP de media anual que no conllevan baja médica, porque los facultativos médicos consideran que la patología detectada no es incompatible con el trabajo habitual o con la realización de otros trabajos diferentes. ▪ Lo importante para el legislador no es la baja médica sino las medidas preventivas asociadas a las EE.PP y en caso de existencia, la adaptación del puesto del trabajador o en su caso la adscripción a un nuevo puesto de trabajo compatible con su limitación funcional. ▪ No existe información estadística contrastada que permita mantener que existe una derivación de contingencias presuntamente profesionales que requieran baja médica a contingencias comunes gestionadas por el sistema nacional de salud.
-----------------	---

Mito 6: Todas las EE.PP están vinculadas con reconocimientos médicos previos o periódicos. En España no se realizan estrategias empresariales y públicas de prevención de las EE.PP

Realidad	▪ En el 61% de los casos analizados de EE.PP, las empresas afirman haber realizado reconocimiento médico previo a la declaración de enfermedad profesional, según AMAT. El 39% restante se puede vincular a situaciones de ausencia de reconocimiento médico derivada de la negativa del trabajador a someterse al mismo. ▪ Aún siendo obligatorios los reconocimientos médicos a los trabajadores, y a pesar de que las empresas pongan los medios y recursos al efecto, en un porcentaje muy alto el propio trabajador opta voluntariamente por no someterse a los reconocimientos, lo que impide a las empresas acceder a información valiosa sobre posibles impactos de la actividad laboral en la salud del trabajador y la puesta en marcha de medidas preventivas y de intervención más específicas. ▪ Las estrategias empresariales de prevención de las EE.PP tienen algunas limitaciones en términos de capacidades, al no contar con acceso a la información del CEPROSS. ▪ Las estrategias públicas de prevención de la Inspección de Trabajo cuenta con programas específicos de actuaciones, registrando a datos de 2011, 980 actuaciones inspectoras. Así las empresas cuentan con un número reducido anual de procedimientos sancionadores instados por la Inspección de Trabajo por falta de cumplimiento de sus obligaciones en materia preventiva vinculadas a las enfermedades profesionales.
-----------------	--

Mito 7: Las CC.AA que cuentan con sistemas de ayuda para la detección, identifican mas casos de EE.PP, registrando un incremento significativo de declaraciones

Realidad	▪ En las dos CC.AA que tienen identificado estos sistemas desde hace más de tres años (País Vasco y Navarra), no se registra un incremento significativo en las declaraciones de EE.PP. En las otras dos CC.AA que cuentan con sistemas similares (Madrid y Comunidad Valenciana), no existen datos concluyentes, debido a su reciente implantación. ▪ Cada uno de los sistemas de detección responde a parámetros singularizados, por lo que podría ser entendible la adopción de iniciativas estatales que permitan protocolizar los mismos de forma más homogénea.
-----------------	--

Mito 8: Las enfermedades psicosociales están reconocidas como EE.PP en la mayoría de los países europeos por lo que en España existe una situación de infraprotección

Realidad	▪ La OIT solo considera como EE.PP los trastornos de estrés postraumático y los que la legislación de cada país considere como tal cuando se haya establecido un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el trastorno mental o del comportamiento contraído por el trabajador. ▪ Las enfermedades psicosociales y trastornos mentales requieren para su reconocimiento en todos los países europeos de la acreditación o prueba de relación de causalidad entre patología y trabajo y que ese nexo causal sea exclusivo. En España no existe una infraprotección de estas enfermedades, una vez que se pueden reconocer las mismas como AT si se prueba la causalidad exclusiva. ▪ La presunción de existencia de la que gozan las EE.PP haría que si se incluyeran en el cuadro las psicosociales, en determinadas profesiones esos daños a la salud tendrían presunción de ser enfermedades profesionales, obviando que existen muchos casos de origen no profesional.
-----------------	--



Mito 9: En España las empresas no realizan medidas preventivas y de intervención adecuadas cuando se detectan EE.PP

Realidad	▪ El marco normativo español determina la obligación de las empresas de investigar las causas de los daños ocasionados por E.P. adoptando o planificando la adopción de medidas encaminadas a evitar o reducir y controlar las mismas. ▪ Las empresas no intervienen en la determinación de la contingencia como enfermedad profesional, ni tienen acceso a los datos relativos a las EE.PP (diagnostico, evolución, causa de cierre de parte etc...) ▪ Las empresas en España están sometidas a control administrativo a través del sistema de alertas del CEPROSS que se activa para aquellas empresas que superan los límites establecidos por cada grupo.
-----------------	---

Mito 10: El sistema de gestión de las EE.PP en España se basa en un tratamiento unitario de la información por parte de las empresas y el Sistema Nacional de Salud

Realidad	▪ Actualmente no existe un procedimiento de intercambio de información entre sector público y privado que permita un tratamiento unitario de la información al no existir un historial clínico no laboral y una ficha clínica no laboral, lo que puede provocar posibles ineficiencias o disfunciones en la gestión de las EE.PP y que podría ser un área objeto de mejora para una mayor adecuación del proceso de gestión.
-----------------	--



6. La gestión de las EE.PP en España: Estrategias empresariales y Públicas

En una aproximación inicial a la gestión de las EE.PP en España podemos identificar, en primer lugar, los agentes involucrados en la misma y las funciones o intereses de cada uno de ellos, a través de la siguiente figura:

AGENTES INVOLUCRADOS	FUNCIONES/ INTERESES
Sistema Público de Salud (SPS)	Comunicación de los casos en los que “presume” que se pueden considerar E.P.
Médico de empresa	Reconocimiento médico inicial / periódico
Servicio de Prevención	Evaluación del riesgo/ medidas preventivas
Responsables de RR.HH	Planificación y obligaciones de información
Mutuas	Estudio, diagnóstico, tratamiento, elaboración y tramitación del parte vía CEPROSS
INSS	Calificación de la contingencia y reconocimiento de prestaciones en su caso
Dirección General de Ordenación de la S.S. / CEPROSS	Administración electrónica del parte y sistema de alertas (EP)
Dirección General de Ordenación de la S.S. / PANOTRATSS	Administración electrónica enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (AT)
Trabajadores	Sujetos de la tutela preventiva y reparadora
Sindicatos	Control externo
Inspección de Trabajo y Seguridad Social	Control administrativo
Jueces y Tribunales	Resolución de discrepancias y controversias

En cuanto a las fases de gestión de las EE. PP en relación a la intervención de los diferentes agentes involucrados podemos resumirlas a continuación:

	FASES
FASE 1	Solicitud del trabajador de intervención médica por parte del médico del Servicio Público de Salud (SPS) o de las Mutuas (síntomas).
FASE 2	Diagnóstico médico de enfermedad profesional o sospecha médica /periodo de observación.
FASE 3	Notificación y registro de enfermedad profesional /Tramitación electrónica CEPROSS Parte de enfermedad generada o agravada por el Trabajo (PANOTRATSS).
FASE 4	Calificación de la contingencia (INSS).
FASE 5	Intervención de la Secretaría de Estado de SS y otros organismos. Límites de siniestralidad por grupos (sistema de alerta CEPROSS).
FASE 6	Finalización del procedimiento: Causa del cierre: alta por curación, alta con propuesta de incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo.
FASE 7	En caso de discrepancia del trabajador, intervención judicial y del equipo EVI.

FASE 1: Solicitud del trabajador de intervención médica por parte del médico del Servicio Público de Salud (SPS) o de las Mutuas:

El trabajador cuando sospecha que tiene síntomas de enfermedad profesional puede ponerlo en conocimiento del Servicio Público de Salud (SPS) o de las Mutuas.

El médico del SPS o de las Mutuas realizará un diagnóstico y si es de enfermedad profesional se emitirá el parte correspondiente, según el procedimiento que se muestra en el siguiente gráfico:



FASE 1: Solicitud del trabajador de intervención médica

El trabajador tiene derecho a la asistencia sanitaria, al diagnóstico médico de su enfermedad y a la tutela preventiva y reparadora (se desarrolla con detalle en el apartado 7 del presente estudio) que puede conllevar en algunos casos el cambio de puesto de trabajo.



FASE 2: Diagnóstico médico de enfermedad profesional o sospecha médica/periodo de observación

El diagnóstico de enfermedad profesional únicamente puede ser emitido por el médico de la entidad que cubre ésta contingencia, es decir solo puede emitir este tipo de diagnóstico el facultativo de una de las entidades siguientes:

- Empresa colaboradora de la Seguridad Social (también conocidas como empresas autoaseguradoras).
- Entidad Gestora (INSS o ISM) o Entidad Colaboradora (Mutua), dependiendo de la opción que haya ejercitado la empresa para cubrir estas contingencias.

En el caso de que el diagnóstico sea emitido por una empresa colaboradora, ésta tendrá 3 días hábiles para comunicarlo a la Entidad Gestora o Colaboradora (la que proceda en cada caso).

El art.133 LGSS establece que considerará como período de observación el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo. De acuerdo con el art. 15.2 de la Orden de 13 de octubre de 1967, el periodo de observación tendrá una duración máxima de 6 meses y podrá ser prorrogado por igual plazo si es necesario. La competencia para conceder esta prórroga corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) conforme a lo dispuesto en el artículo 1.1 c del Real Decreto 1300/1995.

Durante el período de observación pueden darse dos supuestos: que el trabajador pueda continuar con la realización de su trabajo, o que se prescriba la necesidad de su baja laboral. En este último supuesto, la LGSS determina que, a todos los efectos, el período de observación tiene la consideración de situación legal de incapacidad temporal. Al término del período de observación, el trabajador pasará a la situación que proceda de acuerdo con su estado. Esta situación podrá consistir en curación, pasar a situación de incapacidad temporal o calificación del grado de incapacidad que proceda.

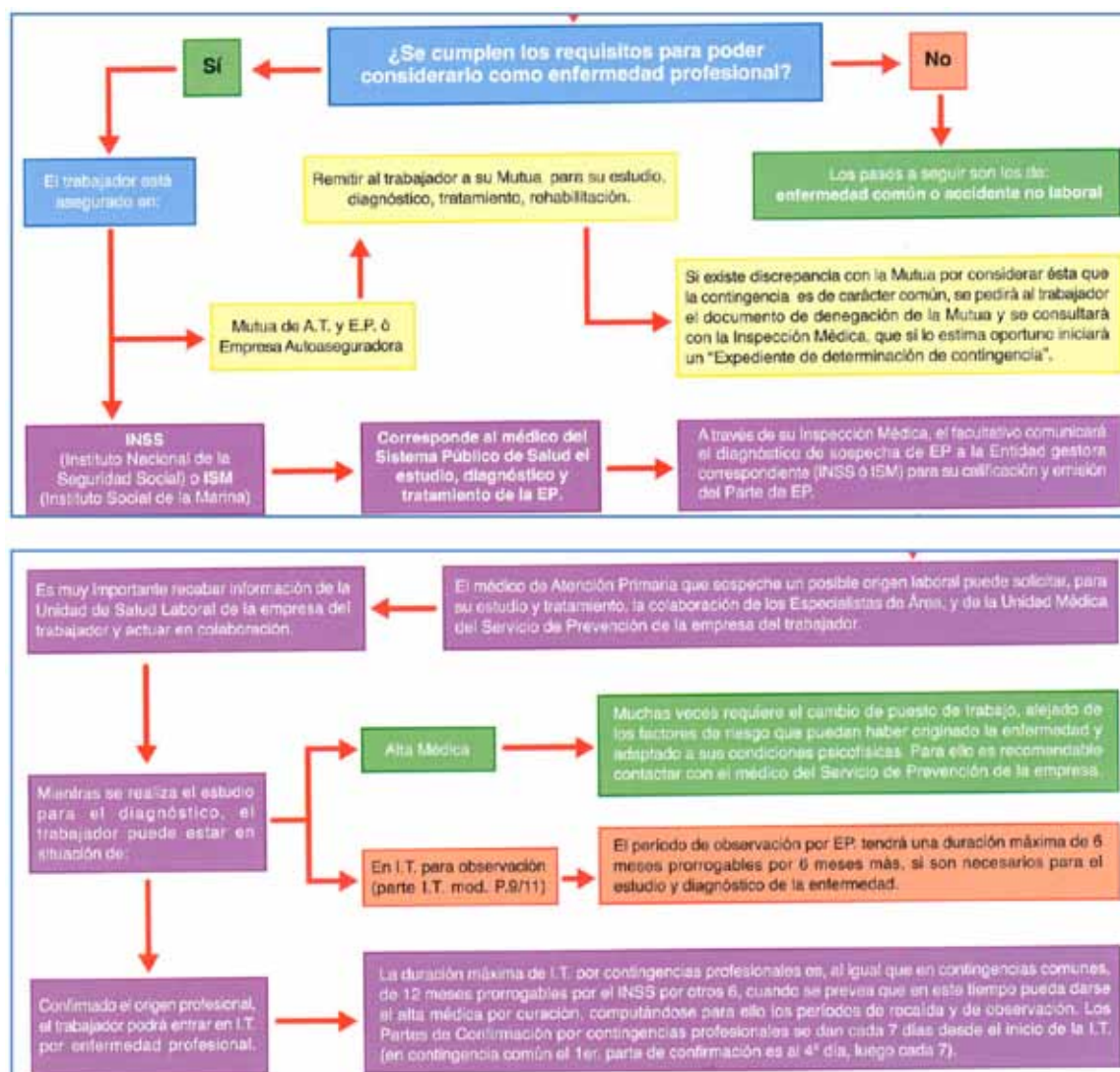
En esta fase, las Comunidades Autónomas han desarrollado distintas guías o protocolos destinados al médico de familia al objeto de orientar sus actuaciones para poder identificar una enfermedad como profesional a través de la formulación de preguntas (profesión, fecha de inicio, antecedentes laborales en empresas del mismo sector o de otro sector de actividad, trabajadores que presenten síntomas similares, etc...)

Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el Anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada Comunidad Autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.

Si el trabajador está asegurado directamente por el INSS continuará su asistencia por el médico de la SS correspondiente y si es por medio de la Mutua, será a través de los servicios médicos de la misma.

Si la Mutua después del estudio o diagnóstico considera que la contingencia es de carácter común se emitirá un documento de denegación de la Mutua y el trabajador puede solicitar a la inspección médica un expediente de determinación de contingencia y, bien por parte del INSS o por el juzgado de lo social, se podrá determinar que se trata de enfermedad profesional.

Fase 2: Diagnóstico médico de enfermedad profesional



FASE 3: Notificación y registro de enfermedad profesional /Tramitación electrónica (CEPROSS). Parte de enfermedad generada o agravada por el trabajo (PANOTRATSS)

Una vez emitido el diagnóstico (o recibida comunicación del mismo por parte de la empresa colaboradora de la Seguridad Social), la Entidad (sea colaboradora o gestora) deberá elaborar y tramitar vía CEPROSS el correspondiente parte.

Según se establece en el artículo 3 de la Orden TAS 1/2007 de 2 de enero "la Entidad Gestora o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales vendrá obligada a elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional que se establece en la Orden, sin perjuicio del deber de las empresas de facilitar a aquélla la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte. A efectos de lo previsto, los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores".

La cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad profesional se realizará únicamente por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROSS (comunicación de enfermedades profesionales), a la que se tendrá acceso a través de la oficina virtual de la dirección electrónica <https://>

www.segsocial.es. Para el acceso a la aplicación mencionada, todos los agentes estarán representados por persona física acreditada mediante usuario SILCON, además de certificado digital SILCON o certificado Clase 2 emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o por alguna de las autoridades de certificación relacionadas en dicha oficina virtual de la Seguridad Social.

TRAMITACIÓN DEL PARTE DE E.P.



Fase 3: Tramitación del parte de enfermedad profesional

Así, la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales elaborará y tramitará el parte de enfermedad profesional correspondiente, debiendo la empresa facilitar la información que obre en su poder y que, para la elaboración del parte, le sea requerida.

La comunicación inicial del parte ha de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional. En cualquier caso, la totalidad de los datos se debe transmitir en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial, a cuyo fin la empresa debe remitir la información que le sea solicitada por la entidad gestora o por la mutua para que ésta pueda dar cumplimiento a los plazos anteriores. De no remitirse dicha información en el plazo establecido, hay que proceder a la tramitación del parte poniendo el citado incumplimiento en conocimiento de la autoridad competente.

La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social será la responsable de la administración del sistema CEPROSS, cuyo desarrollo y tratamiento informático se efectúa por la Gerencia de Informática de la Seguridad Social.

En relación a la cumplimentación o transmisión del parte de una enfermedad generada o agravada por el trabajo (PANOTRATSS) se requiere la intervención del facultativo médico no sólo para determinar la enfermedad sino para apreciar que el origen es exclusivamente laboral, para lo que se requiere de un conocimiento suficiente de los procesos de producción, lo que hace necesario fomentar la formación especializada en medicina del trabajo y el intercambio de conocimientos y valoraciones entre los distintos profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales.

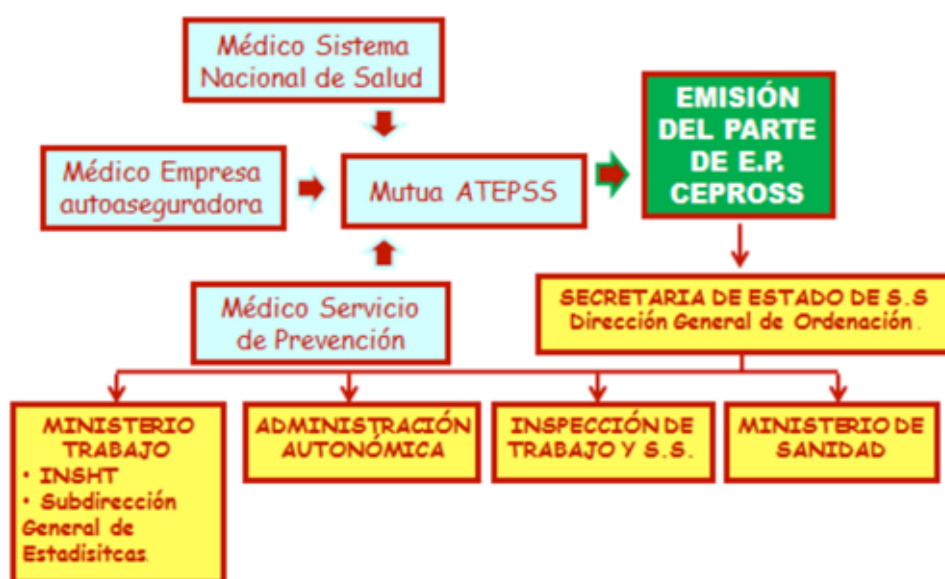


FASE 4: Calificación de la contingencia (INSS)

Según el Real Decreto 1299/2006 la competencia para la calificación de una enfermedad como profesional corresponde a la entidad gestora -Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)- sin perjuicio de su tramitación como tal por parte de la entidad colaboradora que asuma la protección de la contingencia profesional (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).

FASE 5: Intervención de la Secretaría de Estado de Seguridad Social y otros organismos. Límites de siniestralidad por grupos (Sistema de alerta CEPROSS)

El parte se recibe por la Secretaría de Estado de S.S., que se encarga de remitir la información al resto de organismos que figuran en la siguiente figura:



Fase 5: Intervención de la Secretaría de Estado de SS y otros organismos

Así, en la Dirección General de Ordenación de la Secretaria de Estado de SS se recoge y analiza la documentación relativa a las enfermedades profesionales. Dichas funciones de registro y análisis e investigación de las enfermedades profesionales podrán llevarse a cabo en colaboración con los órganos técnicos de los Ministerios de Empleo y Sanidad y los organismos competentes de las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que puedan corresponder a otras Administraciones públicas.

A la información contenida en el sistema CEPROSS podrán acceder, a efectos del desarrollo de sus respectivas competencias en esta materia, la Administración de la Seguridad Social, la Administración Laboral y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, en los términos establecidos en el artículo 21 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Las restantes administraciones, instituciones, organizaciones y entidades afectadas por razón de la materia podrán disponer de la información de carácter estadístico que resulte necesaria para el cumplimiento de sus fines.

Como ejemplo de la colaboración que realiza la Seguridad Social con la Administración laboral de las Comunidades Autónomas que junto con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social desarrollan



su labor en aras de la mejora de las condiciones de trabajo, el sistema CEPROSS, de comunicación de enfermedades profesionales en la Seguridad Social, contiene un servicio de alertas que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites de alerta establecidos.

La Seguridad Social, pone a disposición de la Administración Laboral y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social este servicio para localizar posibles “focos de riesgo” de enfermedades profesionales, a fin de facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención.

Para ello, se han establecido unos límites de siniestralidad por grupo de enfermedad profesional, cuya finalidad es detectar aquellas empresas en las que existen repeticiones de la misma enfermedad. Además, el sistema permite analizar el resto de variables relacionadas con la enfermedad profesional, referidas tanto a la empresa como a los trabajadores en los que concurre la enfermedad específica que se repite.

En los límites de siniestralidad específicos por grupo de enfermedad profesional se establece el número de trabajadores afectados por una misma enfermedad profesional a partir del cual se considera que dicha empresa rebasa el límite de siniestralidad.

Para la elaboración de los límites específicos por grupos, se toman en cuenta:

1. Las características que presenta la distribución de las enfermedades profesionales.
2. El tamaño de la empresa, según el número de trabajadores en cada centro de trabajo.
3. La especificidad que supone el padecimiento de enfermedades del grupo 6 (causadas por agentes carcinógenos).

Así los límites específicos por grupos quedan establecidos por el cumplimiento de las siguientes condiciones:

Límites de siniestralidad

INDICADOR A Grupos 1, 3, 4 y 5 de Enfermedades Profesionales. • Empresas con más de un trabajador en plantilla. • Dos o más trabajadores han presentado la misma enfermedad profesional con baja laboral.
INDICADOR B Grupo 2 de Enfermedades Profesionales • Empresa con más de un trabajador en plantilla. • Cuatro o más trabajadores han presentado la misma enfermedad profesional con baja laboral. En las empresas con dos y tres trabajadores en plantilla: cuando todos han presentado la misma de enfermedad profesional con baja laboral.
INDICADOR C Grupo 6 de Enfermedades Profesionales. • Todas las empresas cualesquiera que sea su plantilla. • En las que algún trabajador ha desarrollado una enfermedad profesional con baja laboral del Grupo 6.

Fuente: Enfermedades profesionales. Sistema de alerta como herramienta para la prevención. Utilidad del sistema Cepross. 2013



Los límites establecidos tienen intolerancia total en el grupo 6, de manera que, en el momento que se detecta un solo parte, el sistema avisa y tienen intolerancia alta en los grupos con enfermedades menos frecuentes, como son los grupos 1, 3, 4 y 5, en los que en cuanto dos trabajadores presentan la misma enfermedad el sistema también alerta. Finalmente, en el grupo 2, que es el más frecuente, se ha establecido una mayor tolerancia alertando el sistema a partir del cuarto trabajador con la misma enfermedad.¹⁹

El resultado de la aplicación de este sistema supone que en el momento que una empresa supera alguno de los límites establecidos, en un periodo determinado, la empresa aparece automáticamente en la pantalla del modulo de alertas de la aplicación CEPROSS.

En la actualidad, a lo largo del primer semestre de 2013 fueron 71 las empresas que superaron los límites de siniestralidad frente a las 63 que los sobrepasaron en el mismo período de 2012. Estas empresas representan el 1,31% del total empresas con alguna enfermedad profesional en el periodo enero- junio de 2012. Los mayores focos de enfermedad profesional se producen en las siguientes actividades económicas:

8610	Actividades hospitalarias.
2910	Fabricación de vehículos de motor.
1011	Procesado y conservación de carne.
2370	Corte, tallado y acabado de la piedra.
8812	Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad.
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor.
4711	Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con predominio en productos alimenticios, bebidas y tabaco.
4719	Otro comercio al por menor en establecimientos no especializados.
8411	Actividades generales de la Administración Pública.

Fuente: Enfermedades profesionales. Sistema de alerta como herramienta para la prevención. Utilidad del sistema Cepross. 2013

¹⁹ CEPROSS Enfermedades profesionales. Sistema de alerta como herramienta para la prevención. Utilidad del sistema. 2013

Las enfermedades profesionales con mayores repeticiones en las distintas empresas son las siguientes:

Grupo 2. Enfermedades causadas por agentes físicos	
AGENTE	CODEP
D.- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.	2D0201
	2D0301
	2D0101
F.- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión.	2F0201
Grupo 3. Enfermedades causadas por agentes biológicos	
AGENTE	CODEP
A.- Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección.	3A0101
	3A0102
	3A0104
Grupo 4. Enfermedades causadas por inhalación de sustancias	
AGENTE	CODEP
A.- Polvo de sílice libre.	4A0102
Grupo 6. Enfermedades causadas por agentes carcinógenos	
AGENTE	CODEP
B.- Aminas aromáticas.	6B0102

Fuente: Enfermedades profesionales. Sistema de alerta como herramienta para la prevención. Utilidad del sistema CEPROSS. 2013

Por último es cabe hacer referencia a las iniciativas llevadas a cabo por diferentes Comunidades Autónomas en esta materia tales como: la red de médicos centinela en salud laboral de Navarra; la herramienta de ayuda a la identificación de diagnósticos ante la sospecha de una enfermedad profesional del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales; el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) en la Comunidad Valenciana basada en la metodología de los sucesos centinela que son algunos de los mecanismos que ayudan a su vez a obtener una mayor formación médica en salud laboral y favorecer la sensibilidad existente en torno a la consideración del medio de trabajo como otro escenario de riesgos de enfermedad.

FASE 6: Finalización del procedimiento: Causa del cierre: alta por curación, alta con propuesta de incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo.

La finalización del proceso por causas expresadas en el anexo de la Orden TAS/1/2007 se comunicará en el plazo de cinco días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización, que puede consistir en:

- Alta por curación.
- Alta por propuesta de incapacidad.
- Fallecimiento.
- Alta con propuesta de cambio de trabajo.



A los que se pueden añadir “lesiones permanentes no invalidantes” y “otras causas”,

FASE 7: Discrepancias. Intervención judicial y del equipo EVI

En caso de discrepancia del trabajador sobre la calificación de la patología sufrida, es necesario plantear la reclamación previa ante el INSS a la interposición de la demanda judicial y solicitar por escrito que el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) determine si su dolencia es profesional. Sus dictámenes irán a manos del Director Provincial del INSS quien resolverá la reclamación. Si el INSS tampoco reconoce el carácter profesional de la enfermedad, será el propio trabajador/a quien se verá obligado a ir a juicio y a probar que sufre una patología profesional a través de una prueba pericial médica.

En relación a la judicialización en cuanto a la identificación del origen común o profesional de una enfermedad, se desarrolla con mayor grado de detalle en el apartado 2.4 del presente estudio. No obstante deben conocerse las siguientes claves:

-Si la patología, actividad y los agentes causantes están incluidas en el Anexo I del RD 1299/2006 aplica la presunción de existencia.

-Si no están identificados en el Anexo I, no será enfermedad profesional, pero si la causa exclusiva de la misma fuera como consecuencia de trabajo, se abre una zona de alegaciones por el demandante con el objeto de un posible reconocimiento de enfermedad relacionada con el trabajo, (causada o agravada por el mismo), ostentando el demandante la carga de la prueba para la determinación de que el nexo causal entre patología y trabajo es exclusiva y en ese caso sería PANOTRATSS²⁰. De acuerdo con la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social, la demanda de determinación de contingencias está vinculada a la solicitud de las prestaciones por incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales que cuenta en nuestro sistema con un devengo de prestaciones más beneficioso que en el caso de las contingencias comunes.

Los arts 142 y 143 de la Ley 36/2011 establecen, a su vez, la documentación a presentar en los procesos por accidente de trabajo o enfermedad profesional y los aspectos relativos a la remisión del expediente administrativo.

En los procesos para la determinación de contingencia o de la falta de medidas de seguridad en accidentes de trabajo y enfermedad profesional, y en los demás supuestos en que se estime necesario, la resolución en la que se admita la demanda a trámite deberá interesar de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, si no figurase ya en el expediente o en los autos, informe relativo a las circunstancias en que sobrevino el accidente o enfermedad, trabajo que realizaba el accidentado o enfermo, salario que percibía y base de cotización, que será expedido necesariamente en el plazo máximo de diez días.

Al admitirse a trámite la demanda se reclamará a la entidad gestora o al organismo gestor o colaborador la remisión del expediente o de las actuaciones administrativas practicadas en relación con el objeto de la misma, y, en su caso, informe de los antecedentes que posea en relación con el contenido de la demanda, en plazo de diez días.

En los procesos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional, el órgano judicial, si lo estima procedente, podrá recabar informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y de los organismos públicos competentes en materia de prevención y salud laboral, así como de las entidades e instituciones legalmente habilitadas al efecto.

Ante la resolución del juzgado de lo social, se abre un plazo de 20 días para la interposición del recurso ante los Tribunales Superiores de Justicia en los términos que corresponda.

²⁰ HEVIA-CAMPOMANES CALDERÓN, E; “Los accidente de trabajo y las enfermedades profesionales. Gestión, prestaciones, procedimiento y jurisprudencia”.



7. la tutela preventiva y reparadora de las ee.pp

La protección del trabajador expuesto a factores de riesgo de aparición o desarrollo de enfermedades profesionales y, en su caso, afectado por los procesos inherentes a las mismas, ya reconocidos, remite al análisis de la tutela preventiva de las enfermedades profesionales (en el marco del deber general de protección que tiene el empresario y las obligaciones del mismo de integrar la prevención de riesgos laborales en el sistema de gestión de la empresa) y de la tutela reparadora con objeto de que el trabajador pueda recibir asistencia médica, reparadora y volver a su puesto de trabajo o puesto de trabajo alternativo compatible, así como recibir en caso de baja médica las correspondientes prestaciones compensatorias del sistema público de Seguridad Social.

7.1 Tutela preventiva de las EE.PP

En relación a la tutela preventiva, se hace necesario analizar el concepto de enfermedad profesional desde el enfoque preventivo, ya que la tutela preventiva de la enfermedad profesional resulta especialmente relevante, puesto que se trata de patologías que pueden ser previstas y por tanto se pueden implementar mecanismos que eviten su desarrollo.²¹

Con carácter inicial, se debe reconocer que la Constitución Española en su art 15 recoge como derecho fundamental el derecho a la vida y a la integridad física y moral, el art. 43.1 reconoce el derecho a la protección de la salud, como uno de los principios rectores de la política social y económica y el art 40.2 establece la obligación para los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, estableciendo la tutela del Estado a la protección de la salud laboral.

A su vez, el Estatuto de los Trabajadores incorpora obligaciones para el empresario en aras de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores. Así, el art 19.1 recoge el deber general del empresario a la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, comprendiendo los derechos de los trabajadores a la información y evaluación de riesgos, información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente, y vigilancia de la salud, en los términos contemplados en la ley. Todo ello supone un compromiso empresarial de salvaguardar la seguridad y salud de los trabajadores y para ello es necesario actuar sobre aquellos factores de riesgo que pueden tener consecuencias negativas sobre la salud y seguridad de los mismos, en cuanto a las condiciones de seguridad y medioambientales, carga del trabajo y organización del trabajo. Este deber se completa con lo establecido en los arts 42.d) y 5.b) que reconocen el derecho de los trabajadores a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene y la observancia de las medidas de seguridad e higiene que sean necesarias para preservar ese derecho.

Más concretamente los derechos de los trabajadores que integran el derecho general a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, se relacionados explícitamente en el art. 14 apartado 1, de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales siendo objeto de un desarrollo singular y pormenorizado en posteriores artículos de la LPRL, a partir de los cuales se establecen las tres obligaciones concretas más importantes de las empresas para evitar la activación de factores de riesgo que desarrollen una enfermedad profesional :

- Identificación y evaluación de los riesgos asociados (arts 15 y 16 LPRL) ya que la normativa sobre evaluación de riesgos no establece una atención específica a los agentes causantes del cuadro y esa sistematización sería de gran ayuda para mejorar los procesos posteriores de información y formación a los trabajadores.
- Realización de acciones formativas e informativas (art 19 LPRL) destinadas a los trabajadores con especial foco en los centros de trabajo, profesiones y actividades económicas potencialmente expuestas.
- Vigilancia sanitaria a través de reconocimientos médicos periódicos (art 22 LPRL).

²¹ Cfr. ALFONSO MELLADO, C. L. (2011), Prevención de riesgos laborales y accidentes de trabajo en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social, Bomarzo, Albacete



Con respecto a este último punto, en relación a las enfermedades profesionales, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) introduce la obligación empresarial de vigilancia de la salud a través de reconocimientos médicos, en función de lo previsto en el art. 22, desarrollada posteriormente por el Reglamento de los Servicios de Prevención, y en coherencia con los principios definidos en el capítulo sobre salud laboral de la Ley General de Sanidad.

En paralelo a los reconocimientos médicos que pudieran tener que realizarse para cumplir con la obligación de vigilancia de la salud del artículo 22 de la LPRL, en la Ley General de la Seguridad Social se establece otra obligación, con similitudes pero con objetivos muy diferentes. Así el art. 196, establece que deberán realizar reconocimientos médicos las empresas que tengan puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional.

Las empresas en esta situación que no hagan llegar a la Mutua un certificado de reconocimiento médico, previo y/o periódico, asumirán las consecuencias previstas en el art. 197 LGSS que se refiere a “riesgo específico de enfermedad profesional” y que contempla que la empresa que tenga estos riesgos y no haga los reconocimientos, quedará sin cobertura por esta contingencia. Además, las Mutuas quedan obligadas a exigir a las empresas estos reconocimientos y aquellas que no lo hagan, serán sancionadas.

De este modo, realizar reconocimientos médicos inespecíficos, no utilizar los resultados para la prevención, y no registrar y archivar los datos, podría conllevar incurrir en una infracción “grave”, según el artículo 12.2 del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS).

No obstante, a pesar de la obligatoriedad de los reconocimientos médicos establecida en la normativa, la negativa de los trabajadores de someterse a reconocimientos médicos impide en muchos casos obtener información valiosa para llevar a cabo medidas preventivas y de intervención específicas relacionadas con las EE.PP. Esta situación impide en muchos casos identificar a trabajadores especialmente sensibles y expuestos a riesgos profesionales, sin que ayude a las empresas a mejorar el cumplimiento de sus obligaciones desde un enfoque mas personalizado.

Asimismo, en ocasiones, la parquedad de los términos de los diagnósticos (“apto con restricciones”), dificulta a las empresas el cumplimiento de la adscripción de los trabajadores a puestos más idóneos y la puesta en marcha de otras medidas de intervención o preventivas.

Según establece el art.45 de la Orden de 9 de mayo de 1962, que aprueba el reglamento del Decreto 792/1961, de 13 de abril, que organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales, en los casos en que como consecuencias de los reconocimientos médicos se descubra algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del trabajador a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se llevará a cabo dicho traslado dentro de la misma empresa. Asimismo el art 133 LGSS contempla que “a efectos de lo dispuesto en el apartado 1.b) del artículo 128 LGSS, se considerará como período de observación el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo.

Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio de las obligaciones establecidas, o que puedan establecerse en lo sucesivo, a cargo de la Seguridad Social o de los empresarios, cuando por causa de enfermedad profesional se acuerde respecto de un trabajador el traslado de puesto de trabajo, su baja en la empresa u otras medidas análogas.

Se considerará su vez como una falta grave, en virtud de lo dispuesto en el art 12.7 del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) *“la adscripción de trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales o de quienes se encuentren*



manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo así como la dedicación de aquéllos a la realización de tareas sin tomar en consideración sus capacidades profesionales en materia de seguridad y salud en el trabajo, salvo que se trate de infracción muy grave conforme al artículo siguiente”.

Por otro lado, al margen de las obligaciones empresariales contempladas en nuestra normativa en materia de seguridad y salud el art 29 de la LPRL establece expresamente que corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario. El incumplimiento por los trabajadores de las obligaciones en materia de prevención de riesgos tendrá la consideración de incumplimiento laboral a los efectos previstos en el artículo 58.1 del Estatuto de los Trabajadores.

Desde el enfoque de la prevención, a nivel regulatorio, nuestra normativa no hace distinción entre accidente de trabajo (AT) y enfermedad profesional (EP), puesto que es suficiente con que el trabajo sea el factor que cause el daño en la salud del trabajador.

Así el art 4.3 de la LPRL, cuando se refiere a los daños derivados del trabajo establece un concepto genérico en el que no se diferencia entre AT y EP ya que ambos conceptos se incluyen en esta noción general. Además no excluye de su ámbito de aplicación a los trabajadores por cuenta propia, ya que se entiende que el riesgo de padecer una enfermedad de origen profesional se puede presentar en todos aquellos trabajadores que estén en contacto con las sustancias que puedan ocasionarla, independientemente de su encuadramiento en los diferentes regímenes de la Seguridad Social.

La filosofía de la normativa de prevención de riesgos laborales es prevenir los factores de riesgo asociados a accidentes de trabajo o enfermedad profesional ya que lo que se pretende con la regulación de la prevención de riesgos laborales es prevenir dolencias o patologías en el ámbito laboral.

Como diferencias en materia preventiva de la enfermedad profesional respecto del accidente de trabajo podemos enumerar las siguientes relacionadas con el procedimiento de reconocimiento médico y cambio de puesto²²:

Reconocimientos médicos

- Estos reconocimientos son obligatorios para las empresas y voluntarios y gratuitos para los trabajadores. Las empresas no podrán contratar trabajadores que no hubieran sido declarados aptos en el reconocimiento o permitir la continuación en su puesto de trabajo en el caso de que esta inaptitud fuera descubierta en los reconocimientos periódicos.
- El incumplimiento de estas obligaciones por parte de la empresa, la convierte en responsable directa de todas las prestaciones económicas que pueden derivarse en tales casos de enfermedad profesional.
- Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social están también obligadas a llevar un libro de reconocimientos médicos donde se inscriben los resultados de los efectuados a los trabajadores con riesgo de enfermedad profesional.

Cambio de puesto de trabajo

- Entre las medidas protectoras especiales en relación con la enfermedad profesional se incluyen los traslados de puesto de trabajo.
- En los casos en los que, como consecuencia de un reconocimiento médico, se descubra algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del enfermo a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se deberá llevar a cabo el traslado de puesto de trabajo dentro de la misma empresa, sin que este

²²

Crf. Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) 2007



cambio afecte a las retribuciones que viene percibiendo el trabajador (excepto complementos de calidad y cantidad) (artículo 133.2 LGSS).

- Los médicos que en el ejercicio de sus funciones descubran dicha situación, informarán a la empresa de si el cambio tiene carácter provisional o definitivo, debiéndolo hacer también a la Autoridad Laboral y a la entidad con la que esté concertado el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Pese al hecho de producirse el traslado a un puesto compatible con su estado, el trabajador tiene derecho al mismo salario que anteriormente venía percibiendo en el caso de que la retribución asignada al nuevo puesto fuera menor.
- Si no hay posibilidad de traslado, el trabajador debe ser dado de baja en la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, e inscrito con carácter preferente para ser empleado por la Oficina de Empleo. Mientras no esté ocupado, el trabajador tiene derecho a percibir un subsidio equivalente a su salario íntegro.
- El tiempo máximo de percepción (subsidio equivalente al salario íntegro) es de 30 meses: 12 meses a cargo de la empresa, 6 meses a cargo del ente asegurador y 6 meses prorrogables por otros 6, a cargo del régimen de desempleo, en determinadas condiciones.

En el siguiente cuadro se resumen las principales claves para la articulación en la empresa de las medidas preventivas y de intervención en relación a las enfermedades profesionales:

MEDIDAS PREVENTIVAS	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN
Las medidas preventivas que debe adoptar la empresa con anterioridad a la identificación de un factor de riesgo de una posible enfermedad profesional y su marco normativo aplicable son las siguientes:	Las medidas de intervención que debe adoptar la empresa una vez identificado un riesgo de enfermedad profesional o habiendo sido calificada como tal por el INSS o ante un periodo de observación por sospecha de enfermedad profesional y su marco normativo aplicable son las siguientes:
a) La identificación, eliminación y en su caso la evaluación de los riesgos asociados a EEPP o la actualización de los mismos (artículos 15 y 16 LPRL); b) Las acciones informativas y formativas a trabajadores sobre los riesgos asociados a EEPP especialmente en caso de declaraciones anteriores de EEPP en relación a puestos de trabajo y profesiones potencialmente expuestas (artículo 19 LPRL); c) La vigilancia sanitaria sobre la salud de los trabajadores incluidos los reconocimientos iniciales de idoneidad y los periódicos (artículo 22 de la PRL); d) Planificación de la acción preventiva.	a) La investigación de los daños ocasionados a los trabajadores por agentes, sustancias o actividades que puedan generar la inclusión en el cuadro 1 del Real Decreto 1299/2006 o en el cuadro 2 o en su caso por existencia de una enfermedad ocasionada en el trabajo (concurrente o agravada) con objeto de acreditar el cumplimiento de las empresas del deber general de protección (artículo 14 de la LPRL) y de investigación de las causas (artículo 16.3 LPRL); b) La adopción de medidas de protección en relación a las personas que presenten una incompatibilidad acreditada por un facultativo o técnico competente con el puesto de trabajo que se le había asignado o que se les pretenda asignar con adaptación del puesto de trabajo a sus condiciones personales (artículo 15.1.d) LPRL) o la adscripción a un nuevo puesto o función compatible con las limitaciones funcionales del trabajador y una adecuada organización del trabajo que permita el mantenimiento del alta médica y la rehabilitación del trabajador (artículo 25.1. LPRL). c) Comunicación a los representantes de los trabajadores de los daños a la salud causados por agentes, elementos, sustancias o actividades presentes en la empresa que tengan incidencia con posibles EE.PP reconocidas o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En todo caso se debe señalar que las medidas preventivas y de intervención vinculadas a los factores de riesgo de EE.PP tienen que limitarse a la población de la empresa expuesta o potencialmente expuesta por coherencia y lógica organizativa, lo que sin duda también supone un impacto en los costes.

Como conclusión cabe afirmar que, aunque en todas las actividades preventivas hace falta una visión multidisciplinar, en el caso de las enfermedades profesionales, resulta especialmente crítico, por lo que se precisa una implicación del servicio de prevención en conjunto con sus diferentes especialidades formando un todo único y coordinado con los responsables internos y externos de las empresas. Sobre las especialidades técnicas recaerá fundamentalmente la evaluación de riesgos y la identificación de las actividades y sustancias susceptibles de producir enfermedad profesional y se podrán establecer las diferentes actuaciones preventivas (diseño del puesto e implantación de las medidas).



7.2 Tutela reparadora de las EE.PP

La tutela reparadora ante EEPP está regulada en el ámbito del sistema público de la Seguridad Social y puede ser ampliada en caso de reconocimiento de responsabilidad civil del empresario derivada de EP. Desde un enfoque reparador el concepto de enfermedad profesional se vincula especialmente a las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de su reconocimiento:

- prestaciones por incapacidad temporal (IT) (art 128 a 133 LGSS)
- prestaciones por lesiones permanentes no invalidantes, (LPNI), (artículos 150 a 152 LGSS y OM de 15 de abril de 1.969)
- prestaciones por incapacidad permanente (parcial, total, absoluta, gran invalidez) (art 138 a 140 LGSS)
- prestaciones por muerte y supervivencia. En caso de EP, se admite en todo momento la prueba de que la muerte deriva de dicha situación, sin que exista el límite de 5 años que hay para AT (Art.172.2 LGSS)
- prestaciones de recuperación y de readaptación profesional (tratamiento sanitario, orientación profesional, formación profesional)²³.

Serán beneficiarios de la asistencia sanitaria los trabajadores que sufran una enfermedad profesional, durante la ejecución de un trabajo:

El contenido de la prestación sanitaria es el siguiente:

- asistencia médica encaminada a la reparación íntegra del daño causado,(incluida estética)
- asistencia farmacéutica totalmente gratuita,
- prestaciones complementarias totalmente gratuitas,
- prestaciones ortopédicas,
- transporte sanitario.

La enfermedad profesional tiene frente al accidente de trabajo peculiaridades y características propias en la acción protectora de la Seguridad Social, que conlleva diferencias preventivas (reconocimientos médicos, cambio de puesto de trabajo) y diferencias técnicas (período de observación, particularidades en la incapacidad, muerte y supervivencia), no obstante como características comunes podemos enumerar las siguientes:

- alta de pleno derecho art 125.3 LGSS
- automaticidad de las prestaciones art 126.3 LGSS
- no se exige cotización previa art 124 LGSS
- base reguladora. Por salarios reales el mes anterior para IT o el año anterior IP y M y S incluyendo horas extras.

Al margen del cuadro de prestaciones indicado con anterioridad, la normativa vigente establece mecanismos adicionales de responsabilidad del empresario en casos de incumplimiento.

Así, en caso de infracción de la normativa de prevención de riesgos laborales e informe favorable de la Inspección de Trabajo se puede reconocer por el INSS un recargo de prestaciones del 30 al 50% a favor del trabajador o sus derechohabientes.²⁴

La Ley General de la Seguridad Social señala en su artículo 123 que cualquiera que sea la prestación generada a favor de un trabajador en virtud de haberse producido un accidente de trabajo o una

²³ Cfr. AMAT "Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo 2007

²⁴ Cfr. DESDENTADO BONETE, A. y DE LA PUEBLA PINILLA, A. (2000), "Las medidas complementarias de protección del accidente de trabajo a través de la responsabilidad civil del empresario y del recargo de prestaciones"



enfermedad profesional ésta se incrementará cuando el accidente o enfermedad se deba a una falta de medidas de seguridad por incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

De este modo son susceptibles de recargo, las prestaciones que pudiera recibir el trabajador, ya se trate de procesos de incapacidad temporal o permanente e incluso en el caso de fallecimiento si existieran prestaciones de viudedad u orfandad a favor de familiares.

El recargo supone que la prestación de Seguridad Social originalmente causada se aumenta entre un 30% y un 50%, que percibe el trabajador como incremento de su percepción de manera periódica mientras dure la misma, asumiéndose el sobrecoste por cuenta del empresario infractor, haciendo efectivo el ingreso en la Seguridad Social de estas cantidades en un solo pago que ha de ser ingresado en la Tesorería General de la Seguridad Social para que se proceda al incremento mes a mes, a favor del trabajador, de las prestaciones generadas con ocasión del accidente de trabajo o la enfermedad profesional. A este respecto, se debe hacer notar que el recargo en materia de EE.PP conlleva una onerosidad y un coste económico excesivo para las empresas y en alguna medida sigue siendo una figura insólita y anacrónica en el derecho comparado que responde a un modelo de relaciones laborales e industriales que no se corresponde con el actual.

De acuerdo con la jurisprudencia aplicable es necesario acreditar la causalidad entre la falta de medidas de seguridad y la aparición de la enfermedad profesional o accidente de trabajo ya que no toda enfermedad profesional o accidente de trabajo se debe al incumplimiento de las medidas de prevención de riesgos laborales por parte del empresario y se debe recordar que la prueba del cumplimiento de las medidas de seguridad incumbe al empresario, al ser el deudor de seguridad.²⁵

Por su parte, los artículos 42.3 LPRL y 123 LGSS expresamente admiten la compatibilidad del recargo de prestaciones con las demás responsabilidades empresariales por incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales (responsabilidad civil, administrativa y/o penal).

La responsabilidad civil del empresario por incumplimiento de la normativa de seguridad y salud laboral encuentra su fundamento en la obligación de reparar los daños causados como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones contractuales (artículo 1101 CC). Asimismo, los artículos 42.1 LPRL y 123.3 LGSS expresamente establecen que el incumplimiento empresarial de las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dará lugar a la responsabilidad civil del empresario por los daños y perjuicios causados.

De este modo, la producción de enfermedad profesional genera la responsabilidad civil del empresario si se cumplen cuatro requisitos:

- incumplimiento empresarial de la normativa de prevención de riesgos laborales
- culpa o negligencia en la conducta empresarial
- existencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional con resultado lesivo
- relación de causalidad entre el incumplimiento empresarial y el daño producido.

La existencia de responsabilidad del empresario supone la condena de este a abonar una indemnización al trabajador víctima de la contingencia profesional que compense la totalidad de los daños y perjuicios causados²⁶.

La Ley General de la Seguridad Social establece que las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo causadas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que no supongan una incapacidad permanente para el trabajador, pero sí una disminución o alteración de su integridad

²⁵ DESDENTADO BONETE, A. "La responsabilidad empresarial por los accidentes del trabajo. Estado de la cuestión y reflexión crítica sobre el desorden en el funcionamiento de los mecanismos de reparación" 2007

²⁶ Cfr. GINES I FABRELLAS Instrumentos de compensación del daño derivado de accidente de trabajo y enfermedad profesional. 2011



física, se indemnizarán, por una sola vez, con un cantidad a tanto alzado, que debe ser abonada por la entidad obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, y todo ello sin perjuicio de que el trabajador continúe al servicio de la empresa.

Hasta ahora la valoración de daños y perjuicios derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se realiza conforme al baremo comprendido en el Anexo contemplado en Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos de motor, en la actualidad debemos estar a lo establecido en la Disposición Final Quinta de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social que señala: “En el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley, el Gobierno adoptará las medidas necesarias para aprobar un sistema de valoración de daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, mediante un sistema específico de baremo de indemnizaciones actualizables anualmente, para la compensación objetiva de dichos daños en tanto las víctimas o sus beneficiarios no acrediten daños superiores”

La Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidante contempla indemnizaciones para órganos y partes de la cabeza y la cara, del aparato genital, de glándulas y vísceras, de miembros superiores e inferiores, y de otras cicatrices no incluidas en los apartados anteriores de conformidad con lo establecido en el anexo correspondiente.

A su vez, también fija las indemnizaciones por anquilosis de dedos, codos, muñecas y rodillas; rigideces articulares de hombros, codos, antebrazos, rodillas y dedos; acortamientos, y otras cicatrices y lesiones, cuyas indemnizaciones dependerán de las perturbaciones funcionales que produzcan. Las indemnizaciones fijadas van desde los 7.940 euros por pérdida de nariz a los 500 euros por lesiones en miembros superiores o inferiores.

Por último, se debe conocer la existencia de zonas de riesgo para las empresas en materia de responsabilidad penal, que puede alcanzar tanto a personas físicas como jurídicas y que podría incluir la imputación de delito de riesgos o delito de resultado, asociados a factores de riesgo o activación de contingencias vinculadas a EE.PP (arts 316 y 318, 129, 142 y concordantes del Código Penal).

7.3. El papel de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de EE.PP

El art. 9 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), señala que corresponde a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social la función de vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales. En cumplimiento de esta misión, tendrá las siguientes funciones: *“vigilar el cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, así como de las normas jurídico-técnicas que incidan en las condiciones de trabajo en materia de prevención, aunque no tuvieran la calificación directa de normativa laboral, proponiendo a la autoridad laboral competente la sanción correspondiente, cuando comprobase una infracción a la normativa sobre prevención de riesgos laborales...”*

Asimismo el art 3 de la Ley 42/1997, de 14 de noviembre, ordenadora de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, establece que corresponde a la función inspectora, entre otros cometidos los siguientes:

- “La vigilancia y exigencia del cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y contenido normativo de los convenios colectivos en los siguientes ámbitos:
- Normas en materia de prevención de riesgos laborales, así como de las normas jurídico técnicas que incidan en las condiciones de trabajo en dicha materia.
- Normas sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social, así como la inspección de



la gestión y funcionamiento de las entidades y empresas que colaboran en la misma o en la gestión de otras prestaciones o ayudas de protección social”.

El papel de la Inspección de Trabajo en relación a la tutela de las enfermedades profesionales en nuestro país se concentra principalmente en llevar a cabo el control del cumplimiento de las obligaciones empresariales sobre notificación o comunicación de enfermedad profesional e informar a la Autoridad laboral sobre las circunstancias de las EE.PP en relación a las causas y responsabilidades. El marco de actuación de la Inspección de Trabajo se limita a los supuestos en los que como consecuencia de sus actuaciones de control (investigación y comprobación del cumplimiento normativo de las empresas), se sospecha del origen profesional de una enfermedad. En este supuesto puede informar a la entidad gestora, aunque con carácter previo también podría dirigirse a la entidad colaboradora de la Seguridad Social, facultativos del Sistema Nacional de Salud o servicio de prevención de las empresas para que se proceda a realizar los estudios e informes pertinentes que permitan aclarar el origen de la contingencia. En línea con lo establecido en la normativa, la intervención de la Inspección de Trabajo en este ámbito se puede englobar en dos tipos de actuaciones:

Actuaciones preventivas: destinadas a los supuestos en los que aún no se ha diagnosticado la enfermedad profesional, a través de la puesta en marcha de campañas específicas, donde se incluyen actuaciones concretas para prevenir la existencia de enfermedades profesionales, en el marco de programas de actuación anuales (ej.: campañas de ámbito europeo relacionadas con la prevención de riesgos derivados del amianto en 2006 o la campaña europea de manipulación manual de cargas en 2007, focalizada fundamentalmente en dos sectores prioritarios: transporte y sanitario donde con mayor incidencia se presentan enfermedades relacionadas con este factor de riesgo). En 2010 se puso en marcha una campaña específica para las empresas que fabrican o mecanizan placas de compactos de sílice cristalina.. Las empresas recibieron información sobre las medidas a adoptar para prevenir las enfermedades profesionales y sobre las demás obligaciones que alcanzan a la empresa y las responsabilidades en que puede incurrir.

Asimismo, en este marco, la Inspección de Trabajo puede llevar a cabo de oficio actuaciones de prevención como consecuencia de la observación de indicios en centros de trabajo en los que pudieran darse condiciones generadoras de posibles enfermedades profesionales, y por otro lado puede actuar como consecuencia de denuncias de trabajadores o terceros²⁷.

A nivel general el mayor número de actuaciones de la Inspección de Trabajo en materia preventiva relacionadas con las enfermedades profesionales se concentran en actuaciones relacionadas con los siguientes factores de riesgo: amianto, agentes biológicos, ruido y manejo de cargas.

Actuaciones reactivas: La Autoridad Central de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social dictó el Criterio Operativo 48/2007, en el que se establece que deberá realizarse un informe sobre cualquier comunicación de enfermedad profesional en la que figure que el agente material pertenece a los grupos 1 (químico), 3 (biológico), 4 (enfermedades producidas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos), 5 (enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos), 6 (carcinogénicos). Además se indica que en el caso de enfermedades causadas por agentes físicos, habrán de informarse todas las producidas en las que el diagnóstico sea de hipoacusia o sordera provocada por el ruido, las producidas por vibraciones mecánicas, por compresión o descompresión atmosférica, por radiaciones ultravioletas, por energía radiante, y las que afectan a menores de 18 años, cualquiera que sea la causa. En cuanto al resto, se establecen unos criterios para seleccionar las mismas en función de que concurren las siguientes circunstancias:

- Partes de enfermedad profesional de trabajadores sin dar de alta en la Seguridad Social.
- Partes de enfermedad profesional de trabajadores con contrato temporal, si la misma no se puede

²⁷ Cfr. GONZÁLEZ MARTÍN El control administrativo por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de las enfermedades profesionales



vincular a un puesto de trabajo anterior en la misma o distinta empresa.

- Si se trata de un trabajador de una ETT o de una empresa subcontratista.
- Si del parte se desprende el incumplimiento de alguna obligación preventiva de la empresa.
- Si en el parte figura que se inicia un período de incapacidad temporal con una duración previsible superior a 15 días.
- Si ha habido o va a haber tratamiento hospitalario.
- Si ha habido recaídas

En las actuaciones inspectoras se analizan las causas y circunstancias determinantes de la enfermedad profesional, y se efectúan comprobaciones respecto del resto del cumplimiento de las obligaciones empresariales en materia de prevención de riesgos laborales relacionadas con dicha enfermedad profesional, así como en otras materias como la Seguridad Social, contratación, empleo, etc., pero vinculadas al trabajador afectado.

A modo de resumen, el papel de la Inspección de Trabajo respecto de las actuaciones reactivas puede concretarse en las siguientes:

- Control del cumplimiento de las obligaciones empresariales en materia de notificación o comunicación de las enfermedades profesionales.
- Control del cumplimiento de las obligaciones de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social de elaborar y notificar los partes de enfermedad profesional.
- Control del cumplimiento de otras obligaciones empresariales que se derivan del parte de enfermedad profesional

Información a las Autoridades Laborales y Juzgados de lo Social, sobre las circunstancias de las enfermedades profesionales: causas y posible responsabilidad.



8. Opinión de los expertos

Este apartado, elaborado por consultores externos contempla la metodología y el cuestionario de preguntas, relacionado en el Anexo II, cumplimentado por los expertos.

Metodología del trabajo de campo,

Se consideró la necesidad de realizar entrevistas a expertos cuyos perfiles se procedió a seleccionar para la ejecución del trabajo de campo. De esta manera se escogieron los siguientes perfiles:

- Médicos de asistencia primaria en capitales de provincia, sin experiencia profesional en Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Médicos de los servicios de prevención ajenos y propios
- Responsables de servicios de prevención de empresas
- Responsables de recursos humanos de las empresas

Una vez seleccionados, se contactó con los expertos de cada uno de ellos y, mediante entrevista telefónica se les planteó un cuestionario, relacionado en el anexo II, y diseñado para cada uno de los perfiles. Tanto las preguntas de dichos cuestionarios como las conclusiones extraídas de las respuestas de los expertos, se detallan a continuación.

Cuestionario de preguntas cumplimentado por médicos de asistencia primaria en capitales de provincia, sin experiencia profesional en Mutuas de accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de Atención Primaria

1. ¿Ha recibido usted formación específica respecto a las enfermedades profesionales por parte del sistema público de salud complementaria a su formación académica?
2. ¿Qué requisitos clave considera usted que debe darse para que una enfermedad pueda ser considerada profesional?
3. ¿Con qué periodicidad considera usted que acuden a su consulta trabajadores con patología que pudiera estar incluida en el cuadro de enfermedad profesional? (Trimestral, semestral, anual) En su caso, ¿Cuáles son las patologías más frecuentes?
4. ¿Dispone de herramientas de consulta (tales como el sistema de alertas) sobre las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales? Descríbalas brevemente y valore su utilidad
5. ¿Considera que dispone de medios o ayudas para poder pronunciarse sobre si la actividad laboral de sus pacientes se corresponde con las indicadas en el cuadro? ¿Cuáles son?
6. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad que usted considera que es profesional sea tramitada como tal?
7. ¿Aplica usted algún procedimiento adicional para solicitar información relativa a la vigilancia de la salud efectuada por los servicios de prevención de riesgos laborales de sus pacientes, cuando lo considera útil para establecer la procedencia de la patología diagnosticada?
8. En el caso de que haya tratado en su consulta enfermedades profesionales, ¿Cuáles son las patologías más habituales de los pacientes que acuden a su consulta? ¿y en qué profesiones se producen?
9. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de su consulta que pudiera repercutir en un mejor diagnóstico de las enfermedades profesionales?
10. ¿Con qué periodicidad atiende usted a trabajadores remitidos por los servicios de vigilancia de la salud de las empresas para tratar patologías de carácter no laboral identificadas en los exámenes de salud efectuados?
11. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista médico disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?



Conclusiones

- La gran mayoría de los profesionales entrevistados del sistema público de salud, no reciben formación específica, algunos sí reciben información.
- Manifiestan su conocimiento sobre la necesidad de estar ligada a la actividad profesional, y a la exposición a productos químicos o sustancias que están dentro del cuadro de enfermedades profesionales, siendo las patologías más frecuentes dermatitis y tendinitis
- Asisten a una media de entre 2 y 3 pacientes que acuden a su consulta al año.
- En algunos casos en su Comunidad Autónoma utilizan sistemas para registrar las enfermedades profesionales.
- Les son remitidos por vigilancia de la salud, con patologías no laborales, más pacientes de los que ellos remiten como posible enfermedad profesional.
- Asimismo, cuando se les invita a detallar las patologías más frecuentes, vistas en consulta, que consideran enfermedad profesional están relacionadas con:
 - Patología musculoesquelética (construcción, operarios de fábricas, mataderos, peluqueros...)
 - Aparato respiratorio (carpinteros, carroceros...).
 - Problemas de voz (docentes).
- Es destacable que algunas de las patologías reseñadas o no están contempladas en el cuadro o no para las profesiones que se señalan (lumbalgias, meniscopatías...).
- La mayoría de los encuestados, afirma no disponer de herramientas de consulta acerca de las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, el resto utilizan aplicaciones informáticas de alerta para su detección temprana. Asimismo, mayoritariamente tampoco se dispone de medios o ayudas para poder identificar la actividad laboral incluida en el cuadro de enfermedad profesional a excepción de la información aportada por el paciente e internet, no obstante entre los que sí consideran disponer de ayudas, apelan a sus herramientas informáticas para enfermedades profesionales registradas, así como al planteamiento de sus dudas a la inspección de su departamento de salud laboral.
- En cuanto a los procedimientos para que una enfermedad que el experto considera como profesional sea tramitada como tal, el conjunto de los encuestados, salvo excepciones, declaran conocerlos, y no aplicar ningún procedimiento adicional para solicitar información relativa a la vigilancia de la salud efectuada por los servicios de prevención de riesgos laborales de sus pacientes.
- Por otro lado, consideran que sería muy útil la disposición de un historial clínico unificado (laboral y no laboral) que incluyera todo aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador, aunque plantean dificultades en una futura implantación respecto al nivel de acceso a los datos y a la naturaleza de los mismos.
- En términos generales, se puede concluir a la luz de las respuestas de los expertos a todas las preguntas que tienen que ver con la determinación de una patología como enfermedad profesional que, los médicos de atención primaria no tienen presente la enfermedad profesional en un primer momento en su diagnóstico inicial, y que muchas de las detectadas en consulta no encajan en las definidas en el cuadro de enfermedades profesionales.



Cuestionario de preguntas cumplimentado por médicos de Vigilancia de la salud

1. ¿La evaluación de riesgos le aporta información suficiente para poder identificar los puestos que pueden verse afectados por el cuadro de enfermedades profesionales?
2. En el caso de producirse una enfermedad profesional, ¿actúa usted coordinadamente dentro del equipo de prevención con la finalidad de evitar próximas incidencias en la persona o colectivo expuesto?
3. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad que usted considera que es profesional sea tramitada como tal?
4. En el caso de que haya detectado en su consulta enfermedades profesionales, ¿cuál es la patología más habitual? ¿con qué periodicidad?
5. ¿Conoce el contenido del cuadro de enfermedades profesionales?
6. En relación con los exámenes de salud que se realizan cuando se reanuda el trabajo tras una ausencia prologada, ¿cumplen con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores?
7. ¿Le parece adecuado el actual acceso a la información sobre enfermedades de carácter no laboral para poder analizar posibles relaciones con la actividad profesional de los trabajadores? En caso negativo ¿cómo lo mejoraría?
8. Con los sistemas de gestión de la prevención convencionales, y cuando el trabajador voluntariamente realiza el examen de salud específico, ¿pueden identificarse o detectarse las alteraciones clínicas, de forma que nunca se llegue al estadio de enfermedad profesional?
9. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista médico disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?
10. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de la vigilancia de la salud de los Servicios de Prevención que pueda repercutir en la prevención de EEPP antes de que se puedan producir? ¿Y qué otras mejoras podrían realizarse en su ámbito de actuación para optimizar el seguimiento de las EEPP una vez diagnosticadas especialmente en relación a aquellas que no causan baja médica?

Conclusiones

- La Evaluación de Riesgos aporta información suficiente para poder identificar los puestos que pueden verse afectados por el cuadro de enfermedades profesionales.
- La mayor parte de los encuestados, considera que actúa coordinadamente dentro del equipo de prevención con la finalidad de evitar próximas incidencias en la persona o colectivo expuesto, especificando además entre quiénes se efectúa dicha coordinación, a saber, técnicos del servicio de prevención, mutuas y con la empresa, destacando la importancia de una coordinación multidisciplinar entre todas las especialidades de prevención de riesgos laborales.
- Todos los encuestados, declaran conocer el procedimiento para que una enfermedad que consideran profesional, sea tramitada como tal.
- Las patologías más habituales de entre las detectadas son hipoacusia, síndrome del túnel carpiano y otras enfermedades osteomusculares, así como dermatitis, siendo su frecuencia de diagnóstico alrededor de 1 a 3 casos al año.
- Todos los encuestados declaran conocer el cuadro de enfermedades profesionales, y la mayoría consulta el mismo con asiduidad.
- En relación a los exámenes de salud que se realizan cuando se reanuda el trabajo tras una ausencia prolongada, aproximadamente la mitad manifiestan claramente que cumple con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales, y permiten recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores, el resto consideran que para cumplir con esta finalidad sería conveniente tener acceso al historial médico del paciente. El actual acceso a la información sobre enfermedades de carácter no laboral no es adecuado para poder analizar posibles relaciones con la actividad profesional de los trabajadores. De hecho se señala que para mejorarlo sería necesario que todos los profesionales médicos relacionados con la salud del trabajador tuviesen acceso a la información, es decir tanto los médicos de atención primaria como los médicos de trabajo de empresa y mutuas. Se



menciona en varias ocasiones la importancia de elaborar un historial único del paciente, potenciar la comunicación y eliminar las barreras de desconfianza.

- Por otro lado, la mayoría de los expertos manifiestan que con los sistemas de gestión de la prevención convencionales y cuando el trabajador voluntariamente realiza el examen de salud específico, se pueden identificar o detectar las alteraciones clínicas de forma que nunca se llegue al estadio de enfermedad profesional, si bien indican entre las dificultades, la voluntariedad de dicho examen, el periodo de latencia de algunas enfermedades y aspectos no laborales del trabajador tal como sus costumbres cotidianas en su vida personal.
- A la pregunta sobre la utilidad desde el punto de vista médico de disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador, el total de los encuestados afirman que sería útil y fundamental desde el punto de vista médico, teniendo presente la obligatoriedad de preservar la confidencialidad del paciente.
- Para terminar, entre las mejoras en el ámbito de actuación de la vigilancia de la salud de los Servicios de Prevención que pueda repercutir en la prevención de enfermedades profesionales antes que se puedan producir, destacan, la existencia de una mayor coordinación, comunicación e intercambio de información, la necesidad en coherencia con lo anterior de un historial único, y una mayor conexión entre profesionales, así como la dotación de más medios para hacer vigilancia de la salud, y aumentar la cultura preventiva en las empresas y trabajadores.

Conclusiones de los cuestionarios a servicios de prevención propios

1. Con respecto a la actividad de su empresa, ¿ha identificado qué actividades y riesgos podrían verse afectados por el mismo?
2. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad profesional sea tramitada como tal?
3. ¿Están identificados aquellos puestos susceptibles de desarrollar una enfermedad profesional debido a los riesgos a los que están expuestos?
4. ¿Qué puestos de trabajo de su empresa considera que están expuestos a riesgos que pueden derivar en una enfermedad contemplada en el cuadro de enfermedades profesionales?
5. ¿Considera que las empresas deberían tener acceso a la información de las enfermedades profesionales detectadas a través del sistema de registro (CEPROS)?
6. ¿Considera usted que en su empresa se pueden estar notificando enfermedades por contingencias comunes encuadrables como enfermedad profesional?
7. Desde su experiencia, ¿considera adecuado el R.D. 1299/2006? En caso negativo, ¿en qué lo modificaría?
8. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista prevencionista disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?
9. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de los Servicios de Prevención Propio y, en su caso, en la coordinación de los mismos con los Servicios Públicos de Salud para la implantación de estrategias preventivas eficaces de las EEPP? ¿Y para el correcto diagnóstico de las EEPP?

Conclusiones:

- Los Responsables de Servicios de Prevención Propio, en su gran mayoría conocen en profundidad el cuadro de enfermedades profesionales, aunque un pequeño porcentaje de los entrevistados consideran que les sería útil realizar actividades de actualización.
- Todos los entrevistados consideran que han identificado las actividades y riesgos de su empresa que podrían causar enfermedades profesionales.
- La mayoría de los participantes conocen el procedimiento para tramitación de una enfermedad profesional. Todos ellos realizan la tramitación a través de la mutua.
- La gran mayoría de los expertos considera que sí es necesario que las empresas tengan acceso a la información sobre enfermedades profesionales a través del sistema CEPROS.
- No hay capacidad por parte de los servicios de prevención propios para saber si hay enfermedades

comunes que pudieran ser debidas a condiciones de trabajo, ya que no tienen información sobre los diagnósticos y consideran que sería deseable disponer de ella.

- Sería útil, desde el punto de vista prevencionista disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador. Habría que buscar una fórmula adecuada que permita cumplir la LOPD.
- Sería necesario mejorar la comunicación entre los servicios de prevención propios y los Servicios Públicos de Salud.
- Los que consideran mejorable el sistema actual coinciden en que sería deseable la coordinación entre servicios de prevención propios y los Servicios Públicos de Salud, mediante la existencia de un historial clínico único y un mayor acceso a los datos y primar las actuaciones de asesoramiento frente a las sancionadoras.

Conclusiones de los cuestionarios a recursos humanos

1. ¿Sabe lo que es una enfermedad profesional?
2. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad profesional sea tramitada como tal?
3. Desde el punto de vista de recursos humanos ¿qué actuaciones debe llevar a cabo su empresa en el caso de declararse una enfermedad profesional?
4. ¿Están identificados aquellos puestos susceptibles de desarrollar una enfermedad profesional debido a los riesgos a los que están expuestos?
5. ¿Considera usted suficiente la legislación española en materia de enfermedades profesionales?
6. ¿Considera que las empresas deberían tener un mayor nivel de información del sistema de registro de enfermedades profesionales (CEPROSS)?
7. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista de recursos humanos disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?

Conclusiones:

- Los responsables de los departamentos de recursos humanos entrevistados tienen un conocimiento adecuado del concepto de enfermedad profesional, así como del procedimiento de tramitación de las enfermedades profesionales.
- Las actuaciones que realizan las empresas ante la declaración de una enfermedad profesional son las siguientes: facilitar los datos requeridos por la mutua en relación con la enfermedad profesional, revisar la evaluación y la planificación de medidas preventivas y el seguimiento médico de la persona o personas implicadas.
- En todos los casos, los entrevistados responden que sí están identificados aquellos puestos susceptibles de desarrollar una enfermedad profesional debido a los riesgos a los que están expuestos.
- Se considera que el sistema actual es mejorable, apuntando que es deseable que todos los agentes implicados tengan acceso a la información de que dispone el resto, respetando la confidencialidad de datos.
- Consideran que deberían tener las empresas un mayor nivel de información respecto al sistema de registro de enfermedades profesionales (CEPROS).
- Todos los entrevistados consideran sería útil desde el punto de vista de recursos humanos, disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador. Inciden en la necesidad de la protección de datos del trabajador y que el departamento de recursos humanos no debe conocer aspectos relativos a la vida privada del mismo.



Conclusiones

I. Marco teórico y normativo de las EE.PP en España desde el cumplimiento de la normativa internacional y comunitaria

- El modelo español de gestión de las EE.PP cumple con lo establecido en los convenios de la OIT (nº 18 y 42) y con la Recomendación 121 OIT, así como con la Recomendación de la Comisión Europea 2003/670/EC, optando el RD 1299/2006 en la práctica por un sistema de listas cerradas, al incluir un Anexo I que incorpora una lista cerrada de EE.PP en función de la presencia de actividad, elemento o sustancia y un Anexo II con enfermedades cuyo origen y carácter profesional se sospecha y podrían incluirse en el Anexo I en un futuro.
- Asimismo la figura de las PANOTRATSS aproxima este modelo al mixto ya que por esta vía se permite considerar contingencia profesional enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan en condiciones diferentes a las prescritas.
- Las tres claves de arco o elementos para la configuración jurídica del concepto de enfermedad profesional, de acuerdo con lo establecido en el art 116 de la LGSS, son las siguientes:
 - a) Debe tratarse de un trabajo por cuenta ajena (aunque se ha extendido la cobertura de las contingencias profesionales a los trabajadores autónomos (art. 5 R.D. 1273/2003)
 - b) Debe aparecer descrita como enfermedad profesional en función de lo establecido en el Anexo I del RD 1299/2006.
 - c) Debe ser provocada por los elementos o sustancias o por la realización de actividades indicados en el Anexo I.
- En el caso de que se den las tres claves anteriores existe presunción de que la enfermedad está contraída por el trabajo realizado por cuenta ajena (art. 116 R.D.L. 1/1994) o por cuenta propia (art. 5 R.D. 1273/2003)

Por tanto, la configuración jurídica de enfermedad profesional en la normativa española no debería modificarse, ya que otorga un nivel de seguridad jurídica necesario para todos los agentes involucrados (INSS, Mutuas, Servicios de Prevención, Facultativos médicos) y ejerce niveles de protección suficientes para los trabajadores que eventualmente se encuentren ante resoluciones desestimatorias de reconocimiento de su patología como enfermedad profesional, pudiendo instar su calificación de la misma como accidente de trabajo (AT).

II. El cuadro de enfermedades profesionales y la presunción de existencia de EE.PP

- El marco normativo de EE.PP en España, incorpora la presunción de existencia de EE.PP respecto de aquellas patologías incluidas en el Anexo I que puede liberar de la carga de la prueba al trabajador afectado cuando opera el eje –actividad/elemento/sustancia- vinculado al trabajo por cuenta ajena, lo que conduce a un cierto automatismo en la fase de reconocimiento y calificación de la patología por el INSS, que es la entidad que ostenta la competencia de la misma. La doctrina del Tribunal Supremo viene manteniendo que existe una presunción iuris tantum favorable al origen profesional de la enfermedad que admite prueba en contrario.
- El Anexo II permite la identificación de enfermedades cuyo origen y carácter profesional se sospecha y cuya inclusión en el Anexo I podría contemplarse en el futuro. En base al artículo 115.2 una enfermedad no incluida en el concepto de enfermedad profesional puede ser considerada como accidente de trabajo (AT). En este caso la presunción no resulta tan automática, reconociéndose, siempre que se pruebe, que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo.

Según los expertos consultados una tarea pendiente es el análisis epidemiológico de las EE.PP declaradas incluidas en el Anexo I y de las enfermedades cuyo origen y carácter profesional se sospecha (Anexo II) con objeto de contar con información científica que permita una reducción del número de enfermedades profesionales del Anexo I, ya que existen algunos códigos inactivos durante un periodo significativo de años, lo que podría visibilizar su anacronismo, permitiendo a su vez contar con información objetiva, que eventualmente pudiese conllevar algún trasvase de enfermedades del Anexo II al Anexo I.



III: Las ventajas del modelo español de EE.PP

- El modelo español de EE.PP es un sistema fiable, que facilita la identificación de riesgos para las empresas y la adopción de medidas preventivas, garantista que permite el acceso inmediato del trabajador a su eventual diagnóstico, gozando de la protección que le brinda el hecho de que la presunción juegue a su favor, rápido y operativo que proporciona agilidad en el tratamiento médico en el periodo inicial de desarrollo de una enfermedad profesional, permitiendo la rehabilitación del trabajador y vuelta a su puesto de trabajo, ágil en el acceso a prestaciones reparadoras de la SS y dinámico, puesto que el sistema de listas puede ser actualizado normativamente en un futuro.

La aplicación del modelo de EE.PP en nuestro país cuenta con un índice de litigiosidad moderada en relación a la determinación de su concepto por lo que proporciona un alto grado de seguridad jurídica para el trabajador y demás agentes involucrados. Además el sistema de comunicación electrónica de partes de enfermedad profesional (CEPROSS) ha sido reconocido explícitamente por Eurostat como sistema pionero y fiable que introduce un factor alto de profesionalización al incorporar al INSS y a las Mutuas en la tramitación del proceso.

IV: Los factores de riesgo y elementos asociados a la identificación de EE.PP

- Los factores que inciden en el riesgo de EE.PP son entre otros: el tiempo de exposición, la concentración del agente patógeno en el centro de trabajo, las características biológicas del trabajador, las condiciones de seguridad, la utilización de máquinas o herramientas, el diseño del área de trabajo, los sistemas de protección etc...
- Los elementos que inciden en el riesgo de EE.PP son los agentes patógenos relacionados con el trabajo y que provocan daños al trabajador, la exposición del trabajador a los mismos, la patología y la relación entre patología y trabajo que se debe visualizar en el trabajador afectado.
- La combinación de factores y elementos en relación a las EE.PP y el análisis casuístico de los mismos, muestra que en ocasiones el riesgo puede estar asociado a la variabilidad biológica del trabajador, la multicausalidad (cuando se vincula la enfermedad con factores extra laborales que actúan simultáneamente), el tiempo de exposición y la concentración o intensidad del mismo y la denominada inespecificidad clínica que dificulta en algunos cuadros clínicos relacionar la sintomatología con la realización de un trabajo determinado.

En consecuencia la identificación y evaluación de los factores y elementos de riesgo, resulta una tarea altamente compleja que requiere la involucración de distintos agentes (Servicios de Prevención, facultativos médicos, etc.), siendo esencial adecuar y orientar las evaluaciones de riesgo de los factores que inciden en las EE.PP hacia los agentes causantes del cuadro de EE.PP con un especial foco en las EE.PP mas frecuentes (Grupo 2 y Grupo 4) y los sectores, actividades y profesiones con mayor riesgo de exposición (industria manufacturera, comercio al por mayor, actividades sanitarias y construcción).



V: El mito de la infradeclaración de las EE.PP en España en comparación con el resto de países europeos

- En el informe “Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States 2013” que recoge los resultados de la aplicación por los Estados Miembros de lo dispuesto en la Recomendación de la Comisión 2003/670/EC, se refleja que en comparación con el resto de países europeos, las estadísticas, a datos totalizados de 2009, muestran que España es el segundo país que mas enfermedades profesionales declara por detrás de Francia y superando a países como Alemania, Italia y Holanda.
- En los informes anuales realizados por el Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS) se afirma desde el año 2010 que: “comparando con Europa, Francia y España son los países con mayor número de enfermedades causadas por el trabajo declaradas”
- El informe de la Comisión no identifica en España problemas relacionados con la infradeclaración de EE.PP, desde la aprobación del RD1299/2006, que permitió un cambio de paradigma sobre la regulación y gestión de las EE.PP en nuestro país, incluyendo la obligación de comunicación y emisión del parte de EE.PP a través de las entidades gestoras y colaboradoras.
- A su vez el Informe de la Comisión reconoce que el modelo español ha incorporado en sus términos las disposiciones contempladas en la Recomendación comunitaria 2003/670/EC (reconocimiento, compensación, medidas preventivas, umbrales identificados para la reducción de las EEPP reconocidas, registro y notificación, estadísticas, concienciación etc...).
- Aunque en 11 países europeos, incluido España, existen medidas específicas relacionadas con los riesgos psicosociales (estrés, violencia en el trabajo, burn out...) no se han incluido patologías asociadas a los mismos en el concepto legal de EE.PP en los países analizados.

Según la información estadística comparada en relación a los países de la Unión Europea, España es después de Francia el país que más enfermedades declara y su índice de incidencia, que se construye por la relación del número de E.E.PP declaradas con la población de trabajadores cubiertos por contingencias profesionales es relativamente bajo. No existe información estadística contrastada sobre un umbral o porcentaje anual de EE.PP ocultas no conocidas por el INSS o la Mutuas. En estas entidades existe además un nivel de información y transparencia pública muy elevada a través de la emisión de informes anuales que incluyen información estadística muy pormenorizada.

La inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales de patologías causadas por factores psicosociales no es compatible con el mantenimiento de la presunción (pues en caso contrario, en las actividades incluidas en el cuadro, las patologías incluidas serían siempre consideradas enfermedades profesionales, a pesar de que en un porcentaje elevado estén causadas por factores extra laborales).



VI: Diagnóstico de situación de las EE.PP en España. Análisis estadístico y principales hallazgos

- El análisis estadístico- histórico de las EE.PP en España antes y después de la aprobación del RD 1299/2006 muestra un significativo descenso de expedientes de EE.PP que registra en 2005 (30.030 casos, límite máximo en relación a los ejercicios anteriores), desciende a 18.497 en 2007 y se reduce a 16.841 en 2012.
- Las razones de esta reducción son múltiples en opinión de los expertos consultados, pero todos coinciden en que el nuevo sistema de comunicación de partes y las obligaciones incorporadas en el RD 1299/2006 en relación a los sistemas públicos de salud, mutuas y empresas se cumplen de forma efectiva, resaltando el hecho de que el cambio de competencia en la tramitación de los partes por las entidades gestoras o colaboradoras supone una mayor tecnificación de la comunicación, evitando las duplicidades y errores que se producían con el sistema anterior.
- El sistema CEPROSS constituye un modelo eficaz para la gestión de los partes electrónicos de EE.PP y AT. Sería recomendable incrementar su eficacia en aspectos preventivos posibilitando el acceso de los profesionales de la organización preventiva de la empresa a los datos que les conciernen; estableciendo los sistemas de confidencialidad de datos que se estimen oportunos.
- El sistema PANOTRATSS garantiza las mismas posibilidades de gestión que CEPROSS para los accidentes de trabajo incluidos en este sistema.
- En cuanto al análisis de las EE.PP más frecuentes, los datos muestran una concentración muy alta de las mismas en el Grupo II (agentes físicos) que registran el 85% de las EE.PP declaradas en 2012 y una concentración por sectores o actividades económicas que se focalizan principalmente en industria manufacturera, comercio al por mayor, actividades sanitarias y construcción.
- Asimismo las PANOTRATSS más frecuentes registradas se focalizan en enfermedades del aparato locomotor y enfermedades de los sentidos (hipoacusia y afecciones conjuntivas).

Varios de los expertos consultados han manifestado la conveniencia de llevar a cabo iniciativas de investigación en relación a las EE.PP más habituales que se concentran en algunos códigos de algunos grupos y actividades económicas concretas con el objeto de desarrollar protocolos industriales de prevención y llevar a cabo en paralelo campañas de sensibilización e información a los trabajadores sobre los principales factores de riesgo vinculados con su profesión o actividad. De este modo, las empresas podrían actuar y tendrían una mayor capacidad para cumplir con sus obligaciones preventivas.



VII: Consideraciones de los expertos a las críticas relacionadas con el aumento de las EE.PP sin baja médica y la no inclusión de riesgos psicosociales en el listado del Anexo I

- Desde algunos sectores se vienen apuntando diversas críticas sobre el modelo de EE.PP en nuestro país que se focalizan principalmente en:
 - Significativo incremento de las EE.PP sin baja médica en los últimos años.
 - Infradeclaración de enfermedades profesionales derivada de la no inclusión de las enfermedades asociadas a riesgos psicosociales.
- En relación al aludido incremento de las EE.PP sin baja médica, los datos estadísticos de los últimos años muestran que se ha pasado de un umbral mínimo de 3.139 en 2003 a un umbral máximo de 9.117 en 2011. Sobre estos datos existen diferentes interpretaciones que los relacionan:
 - a) con la cada vez mayor eficacia de las actuaciones preventivas de las empresas como consecuencia del incremento del número de reconocimientos médicos o la aplicación de protocolos específicos para cada riesgo, considerándose que esta afirmación se corresponde claramente con la realidad.
 - b) con el “miedo a la pérdida del puesto de trabajo” que podría conllevar una baja médica. De ser cierta esta afirmación, ese mismo efecto se produciría en los accidentes de trabajo; sin embargo los accidentes de trabajo sin baja comunicados han descendido en los últimos años tanto en términos absolutos como de índice de incidencia (que relaciona el número de accidentes con el de los trabajadores protegidos).
- En todo caso debe mantenerse que de acuerdo a la normativa, el reconocimiento administrativo de una enfermedad profesional no conlleva inexorable y automáticamente la baja médica, si en el reconocimiento periódico actualizado se puede determinar la idoneidad médica del trabajador y la compatibilidad con la realización de sus funciones en su puesto de trabajo.
- Respecto de la supuesta infradeclaración mencionada como consecuencia de la ausencia en la lista del Anexo I de las enfermedades asociadas a riesgos psicosociales (acoso, estrés laboral, síndrome de burn out etc.), la Recomendación comunitaria sólo aconsejaba a los Estados miembros que promoviesen la investigación de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular para los trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo (art. 1.7) y en ningún caso aconsejaba la inclusión de las mismas en el cuadro, como demuestra el hecho de que dicha recomendación no incorpore este tipo de trastornos ni en el Anexo I ni en el Anexo II.

En relación al incremento gradual de EE.PP sin baja médica los expertos consultados han señalado que el proceso de detección de las EE.PP se está realizando en los últimos años cada vez más en estados iniciales (no ha alcanzado niveles de gravedad que requieran baja médica), lo que se considera un logro desde el punto de vista preventivo, sin perjuicio de que haya que analizar las situaciones de forma individualizada, caso por caso.

Por otro lado, en relación a la ausencia en la lista del Anexo I de las enfermedades asociadas a los riesgos psicosociales los expertos indican que ésta ausencia se explica por las dificultades de prueba de su origen exclusivamente laboral y constituye una decisión del legislador coherente que se fundamenta en las dificultades de prueba de tales patologías exclusivamente como laborales. Así, en cada caso, el trabajador debe demostrar ante el órgano judicial que el daño tiene origen exclusivo en la prestación laboral (descartando todas las posibles causas concurrentes extralaborales) para que su dolencia pueda ser incluida en la categoría de enfermedad de trabajo. En este punto cabe destacar los problemas de acreditación propios que acompañan a los padecimientos psicosociales, ya que más que en otros casos, la actividad probatoria es crucial y alcanza un protagonismo absoluto por su extrema complejidad.

De este modo, una eventual inclusión de las enfermedades psicosociales en el Anexo I, entraría en colisión con la garantía que supone la presunción actual de que las enfermedades incluidas en el cuadro están causadas por el desempeño de la actividad laboral; ya que es frecuente un origen multicausal.



VIII: La tutela preventiva de las EE.PP

- La tutela preventiva de las EE.PP en nuestro país descansa fundamentalmente en los Servicios de prevención de las empresas, en función de las obligaciones empresariales para la prevención e investigación de los daños derivados de las EE.PP. Como medida destacada se contempla la identificación y evaluación de riesgos de los puestos de trabajo iniciales o actualizados que deben incorporar una alusión específica de los agentes causantes del riesgo. Asimismo resulta fundamental la información y formación a los trabajadores al objeto de que conozcan los factores, elementos, sustancias o agentes más expuestos al riesgo de EE.PP y realizar reconocimientos médicos periódicos que aseguren en todo momento la idoneidad del trabajador con el puesto de trabajo asignado.
- La información disponible facilitada a través de los Servicios de Prevención muestra que, en ocasiones, existe una falta de diálogo o comunicación entre el médico del servicio público de salud y el médico del servicio de prevención de la empresa que resulta necesario, al objeto de conectar el historial clínico general del trabajador con el historial laboral.
- En las medidas preventivas de evaluación de riesgos resulta esencial la identificación, el análisis y la evaluación de los factores de riesgo y la gestión de los mismos con la programación de medidas de intervención concretas que puedan suponer medidas de adaptación al puesto, adecuada organización del trabajo (medidas de rotación) o cambio de puesto.
- Uno de los problemas más frecuentes en determinadas actividades o profesiones es la imposibilidad de eliminar el riesgo, como consecuencia de la propia realización de la actividad. Asimismo otra de las dificultades más habituales en este ámbito lo constituye el hecho de diferenciar en qué casos una patología puede imputarse a las empresas cuando se trata de riesgos que el trabajador puede asumir en actividades de su vida privada.

Según los expertos consultados se debería facilitar a las empresas y servicios sanitarios el acceso a la información de EE.PP contenida en el CEPROSS, (sin perjuicio de la aplicación de las medidas que procedan para la protección de los datos personales de los trabajadores) con el objeto de que las empresas a través de sus servicios de vigilancia de la salud puedan acceder a información relevante sobre la patología clínica y su conexión con el trabajo para la puesta en marcha de medidas de prevención e intervención más eficaces y coordinadas con los servicios sanitarios.

A su vez el establecimiento de protocolos de coordinación entre el servicio de prevención propio de las empresas y los facultativos médicos del sistema de salud, contribuirían a la emisión de diagnósticos más adecuados.

Asimismo, los expertos destacan buenas prácticas empresariales que pueden configurarse como instrumentos eficaces para la prevención de EE.PP:

- La integración de las EE.PP en los sistemas de gestión de las empresas.
- El diseño de tareas, minimizando los manejos manuales de carga
- Estudios ergonómicos de puestos de trabajo con movimientos repetitivos
- Las campañas de sensibilización para el uso de protecciones auditivas en determinadas tareas
- La información sobre posturas idóneas en el puesto de trabajo con objeto de prevenir trastornos musculoesqueléticos
- La realización de estudios epidemiológicos por grupos de trabajadores en función de puestos y actividades y su comparación con la incidencia en la población general
- La implicación activa de los trabajadores en la promoción de iniciativas que fomenten hábitos de trabajo y vida saludables.



IX La Tutela reparadora de las EE.PP

- La tutela reparadora de las EE.PP en nuestro sistema abre al trabajador, en caso de reconocimiento de EE.PP, medidas sanitarias de tratamiento médico a través del sistema público de salud y medidas reparadoras a través del reconocimiento de prestaciones por el sistema público de Seguridad Social (incapacidad temporal, lesiones permanentes no invalidantes, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, recuperación y de Readaptación Profesional) que además en el caso de determinación de responsabilidad administrativa del empresario puede conllevar a su vez el recargo de prestaciones del 30 al 50% a favor del trabajador o sus derechohabientes y en su caso responsabilidad civil del empresario por incumplimiento de la normativa de seguridad y salud laboral.

Los expertos consultados opinan que la tutela reparadora de las EE.PP en España es muy tuitiva y garantista de los derechos del trabajador, teniendo en cuenta la equiparación de las cuantías económicas de las prestaciones derivadas de EE.PP o AT y especialmente, a partir de la introducción del Sistema PANOTRATSS en vigor desde fecha 1 de enero de 2010 que viene permitiendo el reconocimiento de AT de aquellas enfermedades relacionadas con el trabajo (ocasionadas o agravadas). La única zona de posible infraprotección y que tiene pleno amparo legal para el trabajador es cuando el INSS en sede administrativa o los órganos judiciales no reconozcan la conexión entre patología y trabajo y deriven la contingencia a enfermedad común.

X. La gestión de las EE.PP en el modelo de EE.PP

- La gestión de las EE.PP en España incluye a distintos agentes involucrados, entre otros el INSS (calificación de contingencia), las Mutuas (tramitación de los partes), los facultativos médicos (diagnóstico previo al reconocimiento), las empresas (tutela preventiva y gestión de riesgos asociados) y los propios trabajadores que deben recibir información y formación adecuada sobre los riesgos de exposición a las EE.PP, especialmente en aquellas actividades, profesiones y puestos que registren un índice de frecuencia o recurrencia significativos.

Los expertos opinan que sería deseable una mayor coordinación entre los médicos del Sistema Público de Salud y de los Servicios de Prevención de las empresas, abogando por una gradual asunción de funciones por los médicos de las empresas en virtud de una mayor proximidad al trabajador, que en ocasiones asume reconocimientos médicos de patologías no asociadas con el trabajo.

Asimismo, los expertos consultados han destacado la necesidad de que se lleven a cabo campañas informativas y formativas a los médicos de familia de los Sistemas de salud con objeto de que conozcan con mayor detalle el cuadro de enfermedades del Anexo I de EE.PP, para que puedan realizar un diagnóstico más certero y completo, a través de la cumplimentación de un cuestionario de preguntas que pueda acreditar con rotundidad la relación de causalidad entre patología y trabajo. En relación a este punto, algunos expertos sugieren la conveniencia aumentar los contenidos específicos en las titulaciones sanitarias e incorporar la Medicina del Trabajo en el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, algunos expertos han considerado también, la posibilidad de que las Mutuas amplíen sus competencias al objeto de comunicar la sospecha al INSS en caso de que exista discrepancia con la empresa o con el sistema sanitario.

A su vez, resulta necesario establecer protocolos de coordinación entre el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene, y los Institutos Autonómicos y la Inspección de Trabajo al objeto de compartir información sobre la evolución de las EE.PP en España y los principales códigos, agentes, elementos o sustancias, profesiones y sectores de actividad que precisan atención y seguimiento periódicos por los distintos actores involucrados.

Finalmente, el desarrollo de campañas de sensibilización tanto desde el sector público como desde el privado mejorarían la concienciación de la población trabajadora sobre la importancia del conocimiento de los factores de riesgo y la relación de actividades, agentes, elementos o sustancias que puedan aplicar a sus profesiones o puestos de trabajo, con objeto de que los trabajadores puedan solicitar a los Servicios de Prevención de las empresas la adopción de medidas preventivas.



XI. El sistema de alertas CEPROSS de EE.PP

- El sistema CEPROSS, de comunicación de enfermedades profesionales en Seguridad Social, contiene un servicio de alertas que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites de alerta establecidos.
- Este servicio permite localizar posibles “focos de riesgo” de enfermedades profesionales, a fin de facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención, estableciendo unos límites de siniestralidad por grupo de enfermedad profesional, cuya finalidad es detectar aquellas empresas en las que existen repeticiones de la misma enfermedad.
- Al margen del sistema de alerta del CEPROSS, en 4 Comunidades Autónomas (País Vasco, Navarra, Comunidad Valenciana y Madrid) se han implantado sistemas de ayuda diagnóstica para la detección de enfermedades profesionales.

Según los expertos consultados, el servicio de alertas del CEPROSS, que ofrece la posibilidad de detectar en tiempo real las empresas que superan los límites de alerta establecidos, tiene un componente coercitivo e intimidatorio hacia las empresas objeto de control, que podría no estar justificado en función de los límites de siniestralidad previstos. Una posible iniciativa de mejora sería incentivar acciones de asesoramiento a las empresas que cuenten con 2 o mas trabajadores que hayan presentado la misma enfermedad profesional causando baja, con objeto de mejorar las medidas preventivas.

Asimismo, todos los expertos han señalado que los sistemas de las CC.AA de ayuda diagnóstica actualmente operativos deben tender a unificarse con objeto de que los modelos normalizados de los servicios médicos de salud sean homogéneos en todo el territorio nacional.



XII. La opinión de los expertos a través de la información facilitada en los cuestionarios enviados: Médicos de asistencia primaria en capitales de provincia, sin experiencia profesional en Mutuas de accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales

- En términos generales los médicos de asistencia primaria en capitales de provincia, sin experiencia profesional en mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, reciben de media 2- 3 pacientes al año que asisten a consulta por patologías que pueden estar incluidas dentro del cuadro de enfermedades profesionales, siendo las patologías más comunes por profesiones las siguientes:
 - Sobrecargas en Operarios de fábricas, albañiles, operarios de mataderos.
 - Movimientos repetitivos en: Operarios.
 - Dermatitis en: Alfareros, operarios/as o personal de limpieza, abrillantadores y peluqueros.
 - Síndrome del Túnel Carpiano en: Peluqueros y operarios de fábrica.
 - Lumbago en: albañiles, trabajadores de la construcción, Operarios de carga, de cadena y de montaje
 - Tendinitis de muñeca en: operarios de procesos en cadena, operarios de mataderos y mecánicos, auxiliares sanitarios (por movilizaciones).
 - Lesiones en rodillas (esguinces o roturas de menisco) en: auxiliares sanitarios por movilización y operarios.
 - Epicondilitis en: operarios de procesos
 - Aparato respiratorio (Asma) en: carpinteros por barnices y carroceros por la pintura
 - Problemas de voz en: docentes.
- En su mayoría los expertos afirman que no han recibido formación específica sobre enfermedades profesionales por parte del Sistema Público de Salud y aunque conocen el procedimiento a seguir para que una enfermedad profesional sea tramitada como tal, no disponen de herramientas de consulta acerca de las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. No obstante los médicos que si disponen de algún tipo de herramienta a nivel de Comunidad Autónoma (ej. programa Abucasis II en la Comunidad Valenciana, sistemas de detección en el País Vasco) valoran muy positivamente su utilidad.
- La totalidad de los profesionales entrevistados no aplican ningún procedimiento adicional para solicitar información relativa a la vigilancia de la salud efectuada por los servicios de prevención de riesgos laborales de sus pacientes, útil para establecer la procedencia de la patología diagnosticada, al margen de posibles consultas informales a otros profesionales médicos o solicitud de informes complementarios que se canalizan a través de los propios pacientes.

Como principales áreas de mejora en el ámbito de actuación de su consulta que pudieran repercutir en un mejor diagnóstico de las enfermedades profesionales, la mayoría de los expertos señalan las siguientes:

- Como principal área de mejora se destaca la de disponer de un mayor número de herramientas de consulta acerca de las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales o alertar acerca de una enfermedad que puede tener un origen laboral para su estudio.
- En segundo lugar los expertos consideran importante que se realice formación específica para un mejor diagnóstico de las enfermedades profesionales.
- En tercer lugar se destaca la necesidad de establecer protocolos y criterios de identificación de las enfermedades profesionales.
- Por último se menciona la necesidad de contar con mayores mecanismos de coordinación con las Mutuas.

Finalmente, como área de mejora destacada, la práctica totalidad de los expertos entrevistados consideran muy útil disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral) incluyendo todos aspectos relevantes de la salud de un trabajador, siempre y cuando se contemplen las garantías suficientes para preservar la confidencialidad del paciente.

XIII. La opinión de los expertos a través de la información facilitada en los cuestionarios enviados: Médicos de los Servicios de Prevención Propios y Ajenos

- A nivel general los médicos de vigilancia de la salud de los servicios de prevención ajenos o propios reconocen una mayor incidencia de las siguientes patologías: hipoacusia, síndrome del túnel carpiano, enfermedades osteomusculares, epicondinitis, dermatitis, tendinitis, posturas forzadas, movimientos repetitivos, nódulos de cuerdas vocales, asbestosis y patologías osteomusculares.
- La mayoría de expertos consideran que la evaluación de riesgos aporta información suficiente para poder identificar si los puestos pueden verse afectados por el cuadro de enfermedades profesionales, añadiendo que la eficacia de la evaluación depende en gran medida de las capacidades de los técnicos o personas responsables de las mismas
- La totalidad de los entrevistados confirman que actúan coordinadamente dentro del equipo de prevención, con la finalidad de evitar próximas incidencias en la persona o colectivo expuesto, destacando la importancia del enfoque multidisciplinar de la prevención en estos casos.
- La mayoría de los expertos consultados coinciden en que con los sistemas de gestión de la prevención convencionales, y cuando el trabajador voluntariamente realiza el examen de salud específico, pueden identificarse o detectarse las alteraciones clínicas, de forma que nunca se llegue al estadio de enfermedad profesional, aunque destacan de forma unánime la importancia de disponer de un historial unificado laboral y no laboral, incluyendo todos aquellos aspectos relevantes para salud del trabajador.

Como áreas de mejora en el ámbito de actuación de la vigilancia de la salud de los Servicios de Prevención que puedan repercutir en la prevención de EEPP antes de que se produzcan, los expertos señalan las siguientes:

-Es necesaria una mayor coordinación, comunicación e intercambio de información, entre todos los médicos que tienen relación con un paciente, a través de trabajo conjunto entre todos los profesionales de la salud con una actuación planificada y controlada.

-Los expertos inciden en la necesidad de contar con un historial clínico único, que puede materializarse, como algunos expertos proponen, a través de la expedición de una tarjeta del expediente del trabajador, que lo acompañe durante su vida laboral o la designación de una entidad responsable (coordinadora) que dispusiese de toda la información del trabajador e informase al resto de profesionales que tienen relación con su salud, respetando la confidencialidad del mismo.

-Algunos expertos mencionan la necesidad de una mayor conexión entre todos profesionales implicados en la protección de la salud del trabajador y la dotación de mayores medios.

-Otras propuestas de los expertos, a mayores, pasan por conocer con mayor alcance los puestos de trabajo de los trabajadores para hacer una evaluación completa, imponer la obligatoriedad de los reconocimientos médicos; y fomentar una mayor implicación de la empresa y de los trabajadores para que los riesgos se minimicen (ej.: potenciar la actuación multidisciplinar de los servicios de prevención, los reconocimientos médicos y la formación y sensibilización específica en materia de EE.PP a los trabajadores)



Anexo I.- Marco Normativo

Disposiciones Internacionales (OIT):

- Convenio 42 de la OIT, relativo a la indemnización por enfermedades profesionales. Adoptado el 21 de junio de 1934
- Convenio de la OIT número 115, de 22-06-1960, sobre la protección contra las radiaciones ionizantes, ratificado por España el 28-06-1962 (B.O.E. 05-07-1967)
- Convenio 136 de la OIT, relativo a la protección contra los riesgos de intoxicación por el benceno. Adoptado el 23 de junio de 1971
- Convenio 162 de la OIT, sobre utilización del asbesto en condiciones de seguridad. Adoptado el 24 de junio de 1986

Disposiciones comunitarias:

- RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE) [notificada con el número C(2003) 3297]
- REGLAMENTO (UE) nº 143/2011 de la Comisión, de 17 de febrero de 2011, por el que se modifica el anexo XIV del Reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH).
- Reglamento (UE) No 453/2010 de la Comisión de 20 de mayo de 2010 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH).
- Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010 que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU.
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la «Propuesta modificada de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al amianto durante el trabajo. 16-12-2009
- REGLAMENTO (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH), por el que se crea la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos
- Directiva 2006/15/CE de la Comisión, de 7 de febrero de 2006, por la que se establece una segunda lista de valores límite de exposición profesional indicativos en aplicación de la Directiva 98/24/CE del Consejo y por la que se modifican las Directivas 91/322/CEE y 2000/39/CE (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2006/8/CE de la Comisión, de 23 de enero de 2006, por la que se modifican, para su adaptación al progreso técnico, los anexos II, III y V de la Directiva 1999/45/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la clasificación, el envasado y el etiquetado de preparados peligrosos
- Directiva 2005/69/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de noviembre de 2005, por la que se modifica por vigesimoséptima vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (hidrocarburos aromáticos policíclicos en aceites diluyentes y en neumáticos)
- Directiva 2005/59/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de octubre de 2005, por la que se modifica por vigesimooctava vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (tolueno y triclorobenceno)



- Directiva 2005/53/CE de la Comisión, de 16 de septiembre de 2005, por la que se modifica la Directiva 91/414/CEE del Consejo a fin de incluir las sustancias activas clorotalonil, clorotoluron, cipermetrina, daminozida y tiofanato-metil (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2004/96/CE de la Comisión, de 27 de septiembre de 2004, por la que se modifica la Directiva 76/769/CEE del Consejo en relación con la limitación de la comercialización y el uso de níquel en los dispositivos de perforación para la adaptación de su anexo I al progreso técnico (Texto pertinente a efectos del EEE)
- 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 a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo (sexta directiva específica con arreglo al artículo 16, apartado 1, de la Directiva 89/391/CEE).
- Directiva 2004/73/CE de la Comisión, de 29 de abril de 2004, por la que se adapta, por vigésima novena vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas
- Directiva 2004/21/CE de la Comisión, de 24 de febrero de 2004, relativa a la limitación de la comercialización y el uso de colorantes azoicos (decimotercera adaptación al progreso técnico de la Directiva 76/769/CEE del Consejo) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2003/122/Euratom del Consejo, de 22 de diciembre de 2003, sobre el control de las fuentes radiactivas selladas de actividad elevada y de las fuentes huérfanas
- Directiva 2003/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, por la que se modifica por vigésima quinta vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas o tóxicas para la reproducción — c/m/r) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2003/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, por la que se modifica por vigesimotercera vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo que limita la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas o tóxicas para la reproducción c/m/r)
- Directiva 2003/18/CE de 27 de marzo de 2003 por la que se modifica la Directiva 83/477/CEE del Consejo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al amianto durante el trabajo.
- Directiva 2003/10/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de febrero de 2003, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la exposición de los trabajadores a los riesgos derivados de los agentes físicos (ruido) (decimoséptima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- Directiva 2002/44/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de junio de 2002, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la exposición de los trabajadores a los riesgos derivados de los agentes físicos (vibraciones) (decimosexta Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE) - Declaración conjunta del Parlamento Europeo y del Consejo
- Directiva 2001/91/CE de la Comisión, de 29 de octubre de 2001, por la que se adapta al progreso técnico por octava vez el anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (hexacloroetano) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2001/90/CE de la Comisión, de 26 de octubre de 2001, por la que se adapta al progreso técnico por séptima vez el anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (creosota) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2001/60/CE de la Comisión, de 7 de agosto de 2001, por la que se adapta al progreso

técnico la Directiva 1999/45/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la clasificación, el envasado y el etiquetado de preparados peligrosos (Texto pertinente a efectos del EEE)

- Directiva 2001/58/CE de la Comisión, de 27 de julio de 2001, que modifica por segunda vez la Directiva 91/155/CEE de la Comisión, por la que se definen y fijan las modalidades del sistema de información específica respecto a los preparados peligrosos en aplicación del artículo 14 de la Directiva 1999/45/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y respecto a las sustancias peligrosas en aplicación del artículo 27 de la Directiva 67/548/CEE del Consejo (fichas de datos de seguridad) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2001/45/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de junio de 2001, por la que se modifica la Directiva 89/655/CEE del Consejo relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de los equipos de trabajo (2a Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Directiva 2001/41/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 19 de junio de 2001, por la que se modifica por vigésima primera vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos, en lo que se refiere a sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas o tóxicas para la reproducción
- DIRECTIVA 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de septiembre de 2000, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo (Séptima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- DIRECTIVA 2000/39/CE de la Comisión, de 8 de junio de 2000, por la que se establece una primera lista de valores límite de exposición profesional indicativos en aplicación de la Directiva 98/24/CE del Consejo relativa a la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo (Texto pertinente a efectos del EEE)
- DIRECTIVA 1999/92/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, relativa a las disposiciones mínimas para la mejora de la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores expuestos a los riesgos derivados de atmósferas explosivas
- DIRECTIVA 1999/77/CE de la Comisión de 26 de julio de 1999 por la que se adapta al progreso técnico por sexta vez el anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (amianto)
- DIRECTIVA 1999/45/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de mayo de 1999, sobre la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la clasificación, el envasado y el etiquetado de preparados peligrosos
- DIRECTIVA 1999/51/CE de la Comisión, de 26 de mayo de 1999, por la que se adapta al progreso técnico por quinta vez el anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 1999/43/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de mayo de 1999, por la que se modifica por decimoséptima vez la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligroso
- Directiva 1999/38/CE del Consejo de 29 de abril de 1999 por la que se modifica por segunda vez la Directiva 90/394/CEE relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo y por la que se amplía su ámbito de aplicación a los mutágenos.
- DIRECTIVA 98/101/CE de la Comisión de 22 de diciembre de 1998 por la que se adapta al progreso técnico la Directiva 91/157/CEE del Consejo relativa a las pilas y a los acumuladores que contengan determinadas materias peligrosas



- DIRECTIVA 98/98/CE de la Comisión de 15 de diciembre de 1998 por la que se adapta, por vigésima quinta vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas (Texto pertinente a los fines del EEE)
- DIRECTIVA 98/73/CE de la Comisión de 18 de septiembre de 1998 por la que se adapta, por vigésimo cuarta vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas (Texto pertinente a los fines del EEE)
- DIRECTIVA 98/24/CE del Consejo de 7 de abril de 1998 relativa a la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo (decimocuarta Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- DIRECTIVA 97/69/CE de la Comisión de 5 de diciembre de 1997 por la que se adapta, por vigesimotercera vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, envasado y etiquetado de las sustancias peligrosas (Texto pertinente a los fines del EEE)
- DIRECTIVA 97/64/CE de la Comisión de 10 de noviembre de 1997 por la que se adapta al progreso técnico por cuarta vez el Anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 97/56/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de octubre de 1997 por la que se modifica por decimosexta vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 97/43/Euratom del Consejo de 30 de junio de 1997 relativa a la protección de la salud frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas, por la que se deroga la Directiva 84/466/Euratom
- DIRECTIVA 97/42/CE del Consejo de 27 de junio de 1997 por la que se modifica por primera vez la Directiva 90/394/CEE relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo (Sexta Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- DIRECTIVA 97/16/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 10 de abril de 1997 por la que se modifica por decimoquinta vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la limitación de la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 97/10/CE de la Comisión de 26 de febrero de 1997 por la que se adapta al progreso técnico por tercera vez el Anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 96/94/CE de la Comisión de 18 de diciembre de 1996 relativa al establecimiento de una segunda lista de valores límite de carácter indicativo, mediante la aplicación de la Directiva 80/1107/CEE del Consejo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes químicos, físicos y biológicos durante el trabajo
- Directiva 96/55/CE de la Comisión de 4 de septiembre de 1996 por la que se adapta al progreso técnico por segunda vez el Anexo I de la Directiva 76/769/CEE, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (disolventes clorados) (Texto pertinente a los fines del EEE)
- DIRECTIVA 96/56/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 3 de septiembre de 1996 que modifica la Directiva 67/548/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas
- DIRECTIVA 96/54/CE de la Comisión de 30 de julio de 1996 por la que se adapta, por vigésima segunda vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y

etiquetado de las sustancias peligrosas (Texto pertinente a los fines del EEE)

- DIRECTIVA 96/29/Euratom del Consejo de 13 de mayo de 1996 por la que se establecen las normas básicas relativas a la protección sanitaria de los trabajadores y de la población contra los riesgos que resultan de las radiaciones ionizantes
- DIRECTIVA 95/63/CE del Consejo, de 5 de diciembre de 1995, por la que se modifica la Directiva 89/655/CEE relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de los equipos de trabajo (segunda Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- DIRECTIVA 94/60/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 1994 por la que se modifica por decimocuarta vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 94/69/CE de la Comisión de 19 de diciembre de 1994 por la que se adapta, por vigesimoprimera vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas Volumen I y Volumen IIS (Anexo I: Nos 006-002- 00-2 a 650-015-00-
- DIRECTIVA 94/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de junio de 1994 por la que se modifica por duodécima vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 93/103/CE, de 23 de noviembre de 1993, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en el trabajo a bordo de los buques de pesca
- DIRECTIVA 93/101/CE de la Comisión de 11 de noviembre de 1993 por la que se adapta, por vigésima vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas
- DIRECTIVA 93/95/CEE del Consejo de 29 de octubre de 1993 por la que se modifica la Directiva 89/686/CEE sobre la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros relativos a los equipos de protección individual (EPI)
- DIRECTIVA 93/72/CEE de la Comisión de 1 de septiembre de 1993 por la que se adapta, por decimonovena vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas
- DIRECTIVA 93/67/CEE de la Comisión, de 20 de julio de 1993, por la que se fijan los principios de evaluación del riesgo, para el ser humano y el medio ambiente, de las sustancias notificadas de acuerdo con la Directiva 67/548/CEE del Consejo
- Directiva 92/104/CEE del Consejo, de 3 de diciembre de 1992, relativa a las disposiciones mínimas destinadas a mejorar la protección en materia de seguridad y de salud de los trabajadores de las industrias extractivas a cielo abierto o subterráneas (duodécima Directiva específica con arreglo al apar...
- Directiva 92/91/CEE del Consejo, de 3 de noviembre de 1992, relativa a las disposiciones mínimas destinadas a mejorar la protección en materia de seguridad y de salud de los trabajadores de las industrias extractivas por sondeos (undécima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo ...
- 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 período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- Directiva 92/57/CEE del Consejo, de 24 de junio de 1992, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud que deben aplicarse en las obras de construcción temporales o móviles (octava Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)
- DIRECTIVA 91/659/CEE de la Comisión, de 3 de diciembre de 1991, por la que se adapta por primera



vez al progreso técnico el Anexo I de la Directiva 76/769/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos (amianto)

- DIRECTIVA 91/410/CEE de la Comisión, de 22 de julio de 1991, por la que se adapta, por decimocuarta vez, al progreso técnico de la directiva 67/548/CEE del consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas
- DIRECTIVA 91/382/CEE del Consejo de 25 de Junio de 1991 por la que se modifica la Directiva 83/477/CEE sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al amianto durante el trabajo (segunda directiva particular con arreglo al artículo 8 de la Directiva 80/1107/CEE)
- DIRECTIVA 91/339/CEE del Consejo de 18 de junio de 1991 por la que se modifica por undécima vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 91/322/CEE de la Comisión, de 29 de mayo de 1991, relativa al establecimiento de valores límite de carácter indicativo, mediante la aplicación de la Directiva 80/1107/CEE del Consejo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes químicos, físicos y biológicos durante el trabajo
- DIRECTIVA 91/173/CEE del Consejo de 21 de marzo de 1991 por la que se modifica por novena vez la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- Directiva 86/188/CEE del Consejo de 12 de mayo de 1986 relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos debidos a la exposición al ruido durante el trabajo.
- Directiva 83/477/CEE del Consejo, de 19 de septiembre de 1983, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al amianto durante el trabajo (segunda Directiva particular con arreglo al artículo 8 de la Directiva 80/1107/CEE)
- Directiva 83/478/CEE del Consejo, de 19 de septiembre de 1983, por la que se modifica por quinta vez (amianto) la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- DIRECTIVA 82/806/CEE del Consejo, de 22 de noviembre de 1982, por la que se modifica por segunda vez (benceno) la Directiva 76/769/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- Directiva 76/769/CEE del Consejo, de 27 de julio de 1976, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros que limitan la comercialización y el uso de determinadas sustancias y preparados peligrosos
- Directiva 67/548/CEE del Consejo, de 27 de junio de 1967, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas

Disposiciones nacionales a nivel estatal:

Disposiciones generales:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, que contiene la definición legal de Enfermedad Profesional.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y normas de desarrollo sobre riesgos específicos, que establecen y desarrollan el procedimiento para la comunicación e información a la autoridad competente de estos daños derivados del trabajo.

- Ley 54/2003, de 12 de diciembre, reforma del marco normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 40/2007 de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.
- Disposiciones específicas, a partir de la aprobación del Cuadro de enfermedades profesionales:
- REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE n. 302 19/12/2006
- REAL DECRETO 1371/2007, de 19 de octubre, por el que se aprueba el documento básico «DB-HR Protección frente al ruido» del Código Técnico de la Edificación y se modifica el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación.
- REAL DECRETO 1367/2007, de 19 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, en lo referente a zonificación acústica, objetivos de calidad y emisiones acústicas.
- ORDEN PRE/2772/2007 de 25 de septiembre, por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989 de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (compuestos de arsénico).
- REAL DECRETO 812/2007, de 22 de junio, sobre evaluación y gestión de la calidad del aire ambiente en relación con el arsénico, el cadmio, el mercurio, el níquel y los hidrocarburos aromáticos policíclicos.
- ORDEN PRE/1648/2007, de 7 de junio, por la que se modifica el anexo VI del Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos, aprobado por el Real Decreto 255/2003, de 28 de febrero. BOE núm. 138, de 9 de junio
- ORDEN PRE/164/2007, de 29 de enero, por la que se modifican los anexos II, III y V del Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos, aprobado por el Real Decreto 255/2003, de 28 de febrero. BOE núm. 29, de 2 de febrero
- ORDEN TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE núm. 4 de 4 de enero BOE n. 4 04/01/2007
- REAL DECRETO 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH).
- REAL DECRETO 1675/2008, de 17 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 1371/2007, de 19 de octubre, por el que se aprueba el Documento Básico «DB-HR Protección frente al ruido» del Código Técnico de la Edificación y se modifica el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación
- REAL DECRETO 1644/2008, de 10 de octubre, por el que se establecen las normas para la comercialización y puesta en servicio de las máquinas.
- ORDEN PRE/2957/2008, de 10 de octubre, por la que se incluyen en el anexo I del Real Decreto 2163/1994, de 4 de noviembre, por el que se implanta el sistema armonizado comunitario de autorización para comercializar y utilizar productos fitosanitarios, las sustancias activas fludioxonil, clomazona, prosulfocarb, amidosulfuron, nicosulfuron, cloridazona, bentiavalicarb, boscalida, carvone, fluoxastrobin, Paecilomyces lilacinus, protioconazol y se amplía el uso de la sustancia activa metconazol
- ORDEN PRE/2543/2008, de 4 de septiembre, por la que se incluyen las sustancias activas difetialona y dióxido de carbono en los anexos I y IA, respectivamente, del Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas.
- Reglamento (CE) n o 440/2008 de la Comisión, de 30 de mayo de 2008 , por el que se establecen métodos de ensayo de acuerdo con el Reglamento (CE) n o 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH) (Texto pertinente a efectos del EEE)
- Orden PRE/1402/2008, de 20 de mayo, del Ministerio de la Presidencia por la que se modifica el



anexo II del Real Decreto 280/1994, de 18 de febrero, por el que se establecen los límites máximos de residuos de plaguicidas y su control en determinados productos de origen vegetal.

- ORDEN PRE/1016/2008, de 8 de abril, por la que se incluye la sustancia activa diclofluanida en el anexo I del Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas.
- ORDEN APA/863/2008, de 25 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II, III, y VI del Real Decreto 824/2005, de 8 de julio, sobre productos fertilizantes.
- ORDEN PRE/696/2008, de 7 de marzo, por la que se incluyen en el anexo I del Real Decreto 2163/1994, de 4 de noviembre, por el que se implanta el sistema armonizado comunitario de autorización para comercializar y utilizar productos fitosanitarios, las sustancias activas dimetoato, dimetomorf, glufosinato, metribuzin, fosmet, propamocarb, beflubutamida, virus de la poliedrosis nuclear de la spodoptera exigua, etoprofos, metil pirimifos y fipronil, así como en lo que respecta a la expiración del plazo de inclusión de las sustancias activas azoxistrobin, imazalil, cresoxim metil, espiroxamina, azimsulfurón, prohexadiona cálcica y fluroxypir.
- ORDEN PRE/695/2008, de 7 de marzo, por la que se modifica el anexo II del Real Decreto 569/1990, de 27 de abril y los anexos I y II del Real Decreto 280/1994, de 18 de febrero, por los que se establecen los límites máximos de residuos de plaguicidas y su control en determinados productos de origen animal y vegetal, respectivamente.
- ORDEN PRE/508/2008, de 26 de febrero, por la que se modifican los anexos II de los Reales Decretos 569/1990, de 27 de abril y 280/1994, de 18 de febrero, por los que se establecen los límites máximos de residuos de plaguicidas y su control en determinados productos de origen animal y vegetal, respectivamente
- ORDEN PRE/507/2008, de 26 de febrero, por la que se incluye la sustancia activa fluoruro de sulfurilo en el anexo I del Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas.
- ORDEN PRE/374/2008, de 31 de enero, por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (sulfonatos de perfluorooctano-PFOS).
- Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo e Inmigración. BOE: 29 de septiembre de 2009
- Resolución de 30 de junio de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se establecen los criterios y prioridades a aplicar por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en la planificación de sus actividades preventivas para el año 2009, en desarrollo de lo dispuesto en la Orden TAS/3623/2006, de 28 de noviembre, por la que se regulan las actividades preventivas en el ámbito de la Seguridad Social y la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Ministerio de Trabajo e Inmigración. BOE 03 de julio de 2009
- Orden PRE/777/2009, de 26 de marzo, por la que se incluyen en el anexo I del Real Decreto 2163/1994, de 4 de noviembre, por el que se implanta el sistema armonizado comunitario de autorización para comercializar y utilizar productos fitosanitarios, las sustancias activas bifenox, diflufenican, fenoxaprop-P, fenpropidina, quinoclamina, clofentecina, dicamba, difenoconazol, diflubenzurón, imazaquin, lenacilo, oxadiazón, picloram, piriproxifen, tritosulfurón y diurón.
- Real Decreto 330/2009, de 13 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1311/2005, de 4 de noviembre, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores frente a los riesgos derivados o que puedan derivarse de la exposición a vibraciones mecánicas
- Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con 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 período de lactancia.
- Orden PRE/222/2009, de 6 de febrero, por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas

sustancias y preparados peligrosos (dispositivos de medición que contienen mercurio).

- Resolución de 5 de noviembre de 2010, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en relación con la aplicación del artículo 32 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en la redacción dada por la disposición final sexta de la Ley 32/2010, de 5 agosto.
- Resolución de 9 de junio de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se establecen los criterios y prioridades a aplicar por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en la planificación de sus actividades preventivas para el año 2010, en desarrollo de lo dispuesto en la Orden TAS/3623/2006, de 28 de noviembre, por la que se regulan las actividades preventivas en el ámbito de la Seguridad Social y la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. BOE 19 de Junio de 2010
- Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral. Boletín Oficial del Estado del 4 de Junio de 2010
- Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral. Boletín Oficial del Estado de 4 de Junio de 2010
- Real Decreto 717/2010, de 28 de mayo, por el que se modifican el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas y el Real Decreto 255/2003, de 28 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos. BOE 8 de Junio de 2010.
- Corrección de errores del Real Decreto 486/2010, de 23 de abril, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a radiaciones ópticas artificiales. BOE 6 de mayo de 2010
- Real Decreto 486/2010, de 23 de abril, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a radiaciones ópticas artificiales. BOE 24 abril de 2010.
- Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral. BOE 01 de Abril de 2010.
- Ley 8/2010, de 31 de marzo, por la que se establece el régimen sancionador previsto en los Reglamentos (CE) relativos al registro, a la evaluación, a la autorización y a la restricción de las sustancias y mezclas químicas (REACH) y sobre la clasificación, el etiquetado y el envasado de sustancias y mezclas (CLP), que lo modifica. BOE 01 de Abril de 2010
- Disposición 2161 del BOE núm. 36 de 2010 Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. BOE: 10 de febrero de 2010.
- Disposición 654 del BOE núm. 14 de 2010 Real Decreto 38/2010, de 15 de enero, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre. BOE 16-01-2010.
- Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE 04-07-2011
- Resolución de 10 de junio de 2011, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se establecen los criterios y prioridades a aplicar por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en la planificación de sus actividades preventivas para el año 2011. BOE 22-06-2011
- Orden TIN/1512/2011, de 6 de junio, por la que se prorrogan los plazos establecidos en la



disposición transitoria segunda de la Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral. BOE 7 de Junio de 2011



Anexo II.- Cuestionarios “tipo”

DESTINATARIOS	Médicos de asistencia primaria en capitales de provincia, que no tengan experiencia profesional en mutuas de accidentes de trabajo
PREGUNTAS:	1. ¿Ha recibido usted formación específica respecto a las enfermedades profesionales por parte del sistema público de salud complementaria a su formación académica? 2. ¿Qué requisitos clave considera usted que debe darse para que una enfermedad pueda ser considerada profesional? 3. ¿Con qué periodicidad considera usted que acuden a su consulta trabajadores con patología que pudiera estar incluida en el cuadro de enfermedad profesional? (Trimestral, semestral, anual) En su caso, ¿Cuáles son las patologías más frecuentes? 4. ¿Dispone de herramientas de consulta (tales como el sistema de alertas) sobre las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales? Descríbalas brevemente y valore su utilidad. 5. ¿Considera que dispone de medios o ayudas para poder pronunciarse sobre si la actividad laboral de sus pacientes se corresponde con las indicadas en el cuadro? ¿Cuáles son? 6. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad que usted considera que es profesional sea tramitada como tal? 7. ¿Aplica usted algún procedimiento adicional para solicitar información relativa a la vigilancia de la salud efectuada por los servicios de prevención de riesgos laborales de sus pacientes, cuando lo considera útil para establecer la procedencia de la patología diagnosticada? 8. En el caso de que haya tratado en su consulta enfermedades profesionales, ¿Cuáles son las patologías más habituales de los pacientes que acuden a su consulta? ¿y en qué profesiones se producen? 9. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de su consulta que pudiera repercutir en un mejor diagnóstico de las enfermedades profesionales? 10. ¿Con qué periodicidad atiende usted a trabajadores remitidos por los servicios de vigilancia de la salud de las empresas para tratar patologías de carácter no laboral identificadas en los exámenes de salud efectuados? 11. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista médico disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?



DESTINATARIOS	Médicos del Servicio Público de Salud
PREGUNTAS:	1. ¿Ha recibido usted formación específica respecto a las enfermedades profesionales por parte del sistema público de salud complementaria a su formación académica? 2. ¿Qué requisitos clave considera usted que debe darse para que una enfermedad pueda ser considerada profesional? 3. ¿Con qué periodicidad considera usted que acuden a su consulta trabajadores con patología que pudiera estar incluida en el cuadro de enfermedad profesional? (Trimestral, semestral, anual) En su caso, ¿Cuáles son las patologías más frecuentes? 4. ¿Dispone de herramientas de consulta (tales como el sistema de alertas) sobre las patologías incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales? Descríbalas brevemente y valore su utilidad. 5. ¿Considera que dispone de medios o ayudas para poder pronunciarse sobre si la actividad laboral de sus pacientes se corresponde con las indicadas en el cuadro? ¿Cuáles son? 6. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad que usted considera que es profesional sea tramitada como tal? 7. ¿Aplica usted algún procedimiento adicional para solicitar información relativa a la vigilancia de la salud efectuada por los servicios de prevención de riesgos laborales de sus pacientes, cuando lo considera útil para establecer la procedencia de la patología diagnosticada? 8. En el caso de que haya tratado en su consulta enfermedades profesionales, ¿Cuáles son las patologías más habituales de los pacientes que acuden a su consulta? ¿y en qué profesiones se producen? 9. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de su consulta que pudiera repercutir en un mejor diagnóstico de las enfermedades profesionales? 10. ¿Con qué periodicidad atiende usted a trabajadores remitidos por los servicios de vigilancia de la salud de las empresas para tratar patologías de carácter no laboral identificadas en los exámenes de salud efectuados? 11. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista médico disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?



DESTINATARIOS	Médicos de vigilancia de la salud de servicios de prevención ajeno o propio
PREGUNTAS:	1. ¿La Evaluación de riesgos le aporta información suficiente para poder identificar los puestos que pueden verse afectados por el cuadro de enfermedades profesionales? 2. ¿Le parece adecuado el actual acceso a la información sobre enfermedades de carácter no laboral para poder analizar posibles relaciones con la actividad profesional de los trabajadores? En caso negativo ¿cómo lo mejoraría? 3. ¿Conoce el contenido del cuadro de enfermedades profesionales? 4. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad que usted considera que es profesional sea tramitada como tal? 5. En el caso de que haya detectado en su consulta enfermedades profesionales ¿Cuál es la patología más habitual? ¿Con qué periodicidad? 6. ¿En relación con los exámenes de salud que se realizan cuando se reanuda el trabajo tras una ausencia prologada, cumplen con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores? 7. En el caso de producirse una enfermedad profesional ¿Actúa usted coordinadamente dentro del equipo de prevención con la finalidad de evitar próximas incidencias en la persona o colectivo expuesto? 8. Con los sistemas de gestión de la prevención convencionales, y cuando el trabajador voluntariamente realiza el examen de salud específico, ¿pueden identificarse o detectarse las alteraciones clínicas, de forma que nunca se llegue al estadio de enfermedad profesional? 9. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista médico disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador? 10. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de la vigilancia de la salud de los Servicios de Prevención que pueda repercutir en la prevención de EEPP antes de que se puedan producir? ¿Y qué otras mejoras podrían realizarse en su ámbito de actuación para optimizar el seguimiento de las EEPP una vez diagnosticadas especialmente en relación a aquellas que no causan baja médica?



DESTINATARIOS	Responsables de servicios de prevención de empresas en las que existan riesgos que puedan llegar a derivar en una enfermedad profesional
PREGUNTAS:	1. ¿Conoce el cuadro de enfermedades profesionales? 2. Con respecto a la actividad de su empresa ¿ha identificado qué actividades y riesgos podrían verse afectados por el mismo? 3. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad profesional sea tramitada como tal? 4. ¿Están identificados aquellos puestos susceptibles de desarrollar una enfermedad profesional debido a los riesgos a los que están expuestos? 5. ¿Qué puestos de trabajo de su empresa considera que están expuestos a riesgos que pueden derivar en una enfermedad contemplada en el cuadro de enfermedades profesionales? 6. ¿Considera que las empresas deberían tener acceso a la información de las enfermedades profesionales detectadas a través del sistema de registro (CEPROS)? 7. ¿Considera usted que en su empresa se pueden estar notificando enfermedades por contingencias comunes encuadrables como enfermedad profesional? 8. Desde su experiencia ¿Considera adecuado desde su experiencia el R.D. 1299/2006? En caso negativo ¿En qué lo modificaría? 9. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista prevencionista disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador? 10. ¿Qué podría mejorarse en el ámbito de actuación de los Servicios de Prevención Propio y, en su caso, en la coordinación de los mismos con los Servicios Públicos de Salud para la implantación de estrategias preventivas eficaces de las EEPP? ¿Y para el correcto diagnóstico de las EEPP?

DESTINATARIOS	Responsables de Recursos Humanos de las empresas
PREGUNTAS:	1. ¿Sabe lo que es una enfermedad profesional? 2. ¿Conoce el procedimiento para que una enfermedad profesional sea tramitada como tal? 3. Desde el punto de vista de recursos humanos ¿qué actuaciones debe llevar a cabo su empresa en el caso de declararse una enfermedad profesional? 4. ¿Están identificados aquellos puestos susceptibles de desarrollar una enfermedad profesional debido a los riesgos a los que están expuestos? 5. ¿Considera usted suficiente la legislación española en materia de enfermedades profesionales? 6. ¿Considera que las empresas deberían tener un mayor nivel de información del sistema de registro de enfermedades profesionales (CEPROSS)? 7. ¿Considera que sería útil desde el punto de vista de recursos humanos disponer de un historial clínico unificado (laboral y no laboral), incluyendo todos aquellos aspectos relevantes de la salud de un trabajador?



Anexo III.-Modelo de parte de Enfermedad Profesional.

Según lo contemplado en el Anexo de la Orden TAS 1/2007, 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

ANEXO. Contenido del parte de enfermedad profesional

- Identificación de la Entidad Gestora o Colaboradora que notifica.
- Datos del trabajador/a:
- Identificación del trabajador/a mediante:
- NAF: Número de afiliación a la Seguridad Social.
- IPF: Identificador de Persona Física. Tipo de documento y número.
- Tipo de comunicación: Nueva; Recaída; Cierre del proceso; Modificación o cumplimentación de la declaración.
- La aplicación facilitará los datos ya disponibles en las bases de la Seguridad Social.
- Apellidos y nombre.
- Sexo.
- Nacionalidad.
- Fecha de nacimiento.
- Domicilio, localidad, código postal, teléfono.
- Situación laboral: Trabajador en alta en Seguridad Social y régimen de Seguridad Social; Perceptor de prestaciones por desempleo; Otras situaciones asimiladas al alta; Pensionista; Baja en Seguridad Social.
- Última fecha real de la situación laboral.
- Tipo de contrato (en contratos temporales tiempo de trabajo) (Tabla 1).
- Ocupación del puesto de trabajo actual según Clasificación Nacional de Ocupaciones CNO (4 dígitos numéricos).
- Tiempo en el puesto de trabajo actual (en meses).
- Tipo de trabajo actual (Tabla 2).
- Ocupación del puesto de trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional) según CNO (4 dígitos numéricos).
- Tiempo en el puesto de trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional).
- Tipo de trabajo (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional) (Tabla 2).
- Datos de la empresa:
- Código de Cuenta de Cotización (CCC) al que pertenece el trabajador/a.
- La aplicación facilitará, de entre los datos que se relacionan a continuación, los ya disponibles en las bases de la Seguridad Social:
- Dirección del CCC.
- Plantilla actual de la empresa.
- Régimen de Seguridad Social.
- Actividad Económica según CNAE (cinco dígitos).
- Clave de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Empresa de trabajo temporal (Sí, No).
- Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa.
- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo.
- Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales sobre los daños producidos en la salud de los trabajadores artículo 36.2.c) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Existencia de reconocimiento médico (artículo 196 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio).
- Existencia de informe relativo a las causas de la enfermedad profesional, elaborado por el empresario (artículo 16.3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales).



- Dirección del lugar donde presta servicios el trabajador (en el caso de ser distinto al del CCC).
- Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por una empresa de trabajo temporal.
- Información referida al CCC de la empresa usuaria o contratista.
- CCC de la empresa usuaria o contratista.
- CNAE de la empresa donde presta sus servicios el trabajador.
- Plantilla actual de la empresa.
- Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa.
- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo.
- Existencia de información al trabajador en materia de prevención de riesgos laborales.
- Datos médicos:
- Datos al inicio de la comunicación del parte de enfermedad profesional.
- Período de observación.
- N°. de colegiado del médico que realiza el diagnóstico.
- Código del cuadro de enfermedades profesionales.
- Tipo de asistencia: ambulatoria u hospitalaria.
- Fecha del parte de enfermedad profesional.
- Existencia de parte de baja por incapacidad temporal. Fecha de inicio de la incapacidad temporal.
- Duración probable de la baja por incapacidad temporal, en su caso.
- Diagnóstico CIE-10 en fecha de inicio del parte de enfermedad profesional (Tabla 3).
- Parte del cuerpo dañada al inicio del parte de enfermedad profesional (Tabla 4).
- Datos económicos de la situación de incapacidad temporal:
- Base de cotización mensual:
- En el mes anterior.
- Días cotizados.
- Base reguladora diaria.
- Base de cotización al año:
- B.1.-Por horas extras.
- B.2.-Por otros conceptos.
- Total B1 + B2.
- Promedio diario base B.
- Subsidio: Promedio diario.
- Base reguladora A.
- Base reguladora B.
- Total B.R. diaria (A+B).
- Cuantía del subsidio.
- Notificación del cierre del proceso:
- Fecha del cierre del proceso.
- Fecha del alta laboral si procede.
- Tipo de proceso al cierre: Enfermedad Profesional; Accidente de Trabajo; Enfermedad Común.
- Causa del cierre: alta por curación, alta con propuesta de Incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo.
- Cierre como proceso de enfermedad profesional.
- Fecha de inicio real de la enfermedad profesional (aparecerá por defecto la fecha de inicio del parte enfermedad profesional).
- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).
- Código de enfermedad profesional al cierre del proceso.
- Parte del cuerpo dañada al cierre del proceso (Tabla 4).
- Cierre como proceso de accidentes de trabajo.
- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).
- Parte del cuerpo dañada al cierre del proceso (Tabla 4).
- Cierre como proceso de enfermedad común.
- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).
- Calificación y supervisión del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

- Fecha de la calificación o modificación.
- Calificación del proceso como: Enfermedad Profesional; Accidente de Trabajo; Enfermedad Común.
- Calificación como proceso de enfermedad profesional.
- Fecha de inicio real de la enfermedad profesional.
- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3)
- Confirmación o modificación del código de enfermedad profesional.
- Confirmación o modificación de la parte del cuerpo dañada (Tabla 4).
- Calificación como proceso de accidente de trabajo.
- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3).
- Confirmación o modificación de la parte del cuerpo dañada (Tabla 4).
- Calificación como proceso de enfermedad común.
- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3).

El contenido de las tablas 1 a 4 es el siguiente:

Tabla 1: Corresponde a las claves de tipo de contrato establecidas por la Tesorería General de la Seguridad Social.

Tabla 2: Tipo de trabajo según la siguiente clasificación:

TABLA 2	
Código	Descripción
00	Ninguna información.
10	Tareas de producción, transformación, tratamiento, almacenamiento -de todo tipo- Sin especificar.
11	Producción, transformación, tratamiento -de todo tipo.
12	Almacenamiento -de todo tipo.
19	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 10 pero no mencionados anteriormente.
20	Labores de movimientos de tierras, construcción, mantenimiento, demolición -Sin especificar.
21	Movimiento de tierras.
22	Nueva construcción -edificios.
23	Nueva construcción -obras de fábrica, infraestructura, carreteras, puentes, presas, puertos.
24	Renovación, reparación, agregación, mantenimiento -de todo tipo de construcciones.
25	Demolición de todo tipo de construcciones.
29	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 20 pero no mencionados anteriormente.
30	Labores de tipo agrícola, forestal, hortícola, piscícola, con animales vivos -Sin especificar.
31	Labores de tipo agrícola -trabajos de la tierra.
32	Labores de tipo agrícola -con vegetales, horticultura.
33	Labores de tipo agrícola -sobre/con animales vivos.
34	Labores de tipo forestal.
35	Labores de tipo piscícola, pesca.
39	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 30 pero no mencionados anteriormente.
40	Actividades de servicios a empresas o a personas y trabajos intelectuales -Sin especificar.
41	Servicios, atención sanitaria, asistencia a personas.
42	Actividades intelectuales -enseñanza, formación, tratamiento de la información, trabajos de oficina, de organización y de gestión.
43	Actividades comerciales -compra, venta, servicios conexos.
49	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 40 pero no mencionados anteriormente.
50	Trabajos relacionados con las tareas codificadas en 10, 20, 30 y 40 -Sin especificar.
51	Colocación, preparación, instalación, montaje, desmantelamiento, desmontaje.
52	Mantenimiento, reparación, reglaje, puesta a punto.
53	Limpieza de locales, de máquinas -industrial o manual.
54	Gestión de residuos, desecho, tratamiento de residuos de todo tipo.
55	Vigilancia, inspección de procesos de fabricación, de locales, de medios de transporte, de equipos -con o sin material
59	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 50 pero no mencionados anteriormente.
60	Circulación, actividades deportivas y artísticas -Sin especificar.
61	Circulación, incluso en los medios de transporte.
62	Actividades deportivas y artísticas.
69	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 60 pero no mencionados anteriormente.
99	Otros tipos de trabajo no codificados en esta clasificación.



Tabla 3: La información sobre el diagnóstico se clasificará con arreglo a la nomenclatura CIE-10, según los criterios de inclusión para el caso de las enfermedades profesionales establecidos por Eurostat.

Tabla 4: Parte del cuerpo dañada según la siguiente clasificación.

TABLA 4. Parte del cuerpo dañada	
Código	Descripción
00	Parte del cuerpo afectada, sin especificar.
10	Cabeza, no descrita con más detalle.
11	Cabeza (Caput), cerebro, nervios craneales y vasos cerebrales.
12	Zona facial.
13	Ojo(s).
14	Oreja(s).
15	Dientes.
18	Cabeza, múltiples partes afectadas.
19	Cabeza, otras partes no mencionadas anteriormente.
20	Cuello, incluida la columna y las vértebras cervicales.
21	Cuello, incluida la columna y las vértebras del cuello.
29	Cuello, otras partes no mencionadas anteriormente.
30	Espalda, incluida la columna y las vértebras dorsolumbares.
31	Espalda, incluida la columna y las vértebras de la espalda.
39	Espalda, otras partes no mencionadas anteriormente.
40	Tronco y órganos, no descritos con más detalle.
41	Caja torácica, costillas, incluidos omoplatos y articulaciones acromioclaviculares.
42	Región torácica, incluidos sus órganos.
43	Región pélvica y abdominal, incluidos sus órganos.
48	Tronco, múltiples partes afectadas.
49	Tronco, otras partes no mencionadas anteriormente.
50	Extremidades superiores, no descritas con más detalle.
51	Hombro y articulaciones del húmero.
52	Brazo, incluida la articulación del cúbito.
53	Mano.
54	Dedo(s).
55	Muñeca.
58	Extremidades superiores, múltiples partes afectadas.
59	Extremidades superiores, otras partes no mencionadas anteriormente.
60	Extremidades inferiores, no descritas con más detalle.
61	Cadera y articulación de la cadera.
62	Pierna, incluida la rodilla.
63	Maléolo.
64	Pie.
65	Dedo(s) del pie.
68	Extremidades inferiores, múltiples partes afectadas.
69	Extremidades inferiores, otras partes no mencionadas anteriormente.
70	Todo el cuerpo y múltiples partes, no descritas con más detalle.
71	Todo el cuerpo (efectos sistémicos).
78	Múltiples partes del cuerpo afectadas.
99	Otras partes del cuerpo no mencionadas anteriormente.



Anexo IV.-Glosario de términos (*)

Accidente de trabajo

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. El art 115.2 e) de la LGSS establece que tendrán la consideración de accidentes de trabajo las enfermedades, no incluidas en el artículo 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo y las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art 115.2.f) LGSS.

Acción Protectora

Comprende el conjunto de prestaciones, en dinero o en especie, que el Sistema de la Seguridad Social establece para prever, reparar o superar los estados de necesidad nacidos o derivados de las contingencias o situaciones sufridas por los sujetos protegidos y determinadas en la Ley.

Actividad económica

Cada uno de los distintos códigos representativos de la actividad realizada, recogidos en la clasificación nacional de actividades económicas (CNAE).

Alta médica

Declaración médica, mediante el parte médico de alta, en las situaciones de incapacidad temporal, tras el reconocimiento del trabajador, que establece la plena aptitud para el trabajo. También se producen altas médicas de asistencia sanitaria o al agotamiento del plazo máximo de duración de la incapacidad temporal, a los efectos de iniciar la instrucción de un procedimiento de incapacidad permanente. El parte médico de alta es expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud o de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Asistencia sanitaria

Derecho de los trabajadores y pensionistas y de sus familiares a cargo, incluidos, en su caso, los acogidos de hecho, a recibir tratamiento médico y farmacéutico, con las condiciones, contenido, modalidades y duración que establecen las normas. Es dispensada por los correspondientes Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas.

Baja médica

Declaración médica, mediante el parte médico de baja, expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud o de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que certifica que una persona no puede desarrollar su trabajo habitual como consecuencia de su estado de salud, generándose en su caso, el derecho a la prestación económica por incapacidad temporal.

Base de cotización

Cuantía establecida por la ley que salvo excepciones, debe coincidir con el salario real, sobre la que se aplica el porcentaje o tipo de cotización y, como resultado, se obtiene la cuota a ingresar a la Seguridad Social.

Base reguladora

Es uno de los factores que intervienen en el cálculo de las prestaciones económicas de la Seguridad Social y consiste en fijar una cuantía u obtener un resultado a través de una fórmula de cálculo determinada en función de las bases por las que se hayan efectuado las cotizaciones durante los periodos que se señalan para cada prestación a la que se aplican los porcentajes señalados para cada una de las prestaciones económicas, obteniendo así el importe final a percibir por el beneficiario.



Calificación de la incapacidad permanente

Declaración de la situación de incapacidad permanente, efectuada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de sus órganos, a los efectos del reconocimiento de las prestaciones económicas. La incapacidad permanente se clasifica con arreglo a los grados de parcial para la profesión habitual, total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo y gran invalidez.

Capital coste de renta o pensión

Valor actual de las pensiones calculado con tablas de mortalidad y tasa de interés aprobados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Su importe es ingresado en la Tesorería General de la Seguridad Social por la entidad o empresario responsable.

Capitalización (Sistema de)

Sistema de financiación de las prestaciones de Seguridad Social por el que la cuantía de las pensiones y subsidios se calculan capitalizando las aportaciones individuales del trabajador a lo largo de su vida laboral.

Carencia

Periodo mínimo de cotización exigido salvo excepciones, entre otros requisitos, para tener derecho a las prestaciones de la Seguridad Social.

Colaboración en la gestión

Es la participación en la gestión asumida por empresarios bien en forma obligatoria, como en el pago delegado de determinadas prestaciones (Incapacidad Temporal, Desempleo parcial, etc.), bien en forma voluntaria, como la realizada en materia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o la efectuada por empresarios.

CEPROSS

La aplicación CEPROSS es el programa que hace posible la comunicación, por vía electrónica, de las enfermedades profesionales contenidas en el Anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. La aplicación CEPROSS se configura como el conjunto de medios que permiten la transmisión por vía electrónica y la creación del correspondiente fichero de datos personales con la información que se describe en la Disposición Adicional Primera y en el anexo de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero.

Enfermedad común

El art 117.2 de la LGSS que establece que se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116.

Enfermedad Profesional

Es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades especificadas como causantes de la misma en el cuadro de Enfermedades Profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional.

Enfermedad relacionada con el trabajo/PANOTRATS: El concepto de enfermedad relacionada con el trabajo está previsto en los arts. 115.2 e) y f) de la LGSS, donde se contempla la calificación como accidente de trabajo a las enfermedades, no incluidas en el artículo 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (art 115.2 e) y las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art 115.2. f), presumiendo además, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo (art



115.3). El sistema PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo) se ha diseñado con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Esta base de datos recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contendrá las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. El contenido del fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio.

Entidad de AT y EP

Entidad por la que se opta para cubrir el riesgo de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Entidades Gestoras

Entidades públicas con personalidad jurídica que, bajo la dirección y tutela de los respectivos departamentos ministeriales, efectúan la gestión y administración de las prestaciones y servicios que son competencia de la Seguridad Social. Tienen tal carácter el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Social de la Marina (ISM)

Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)

Órgano colegiado formado por distintos profesionales, existente en cada Dirección Provincial del INSS, (excepto en las de Cataluña), que tiene como función, entre otras, examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al Director Provincial el dictamen-propuesta, preceptivo y no vinculante, en materia de anulación o disminución de la capacidad para el trabajo, la procedencia o no de revisión, la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad, etc.

Incapacidad permanente

Situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, y que puede causar derecho a una prestación de cuantía variable según el grado de la incapacidad (parcial, total, absoluta o gran invalidez). Es causa de extinción de la relación laboral, salvo en el caso de incapacidad permanente parcial y cuando, en incapacidad permanente total, se declare la suspensión de la relación laboral, con reserva de puesto de trabajo.

Incapacidad permanente absoluta

La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. La pensión es del 100% de la base reguladora.

Incapacidad permanente parcial

La que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. La prestación consiste en una cantidad a tanto alzado.

Incapacidad permanente total

La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Atribuye derecho a una prestación del 55% de la base reguladora, si bien, en determinadas circunstancias, puede incrementarse en un 20%, a partir de los 55 años.

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Es una Entidad Gestora con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y cuya competencia genérica se extiende a la gestión y administración de las prestaciones económicas de Sistema de la Seguridad Social, con excepción de aquellas cuya gestión está atribuida



a otros organismos o a los servicios competentes de las Comunidades Autónomas. Concretamente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social tiene atribuidas, entre otras, las siguientes competencias: Reconocimiento y control del derecho a las prestaciones económicas que otorga el Sistema de la Seguridad Social en su modalidad contributiva, sin perjuicio de las competencias atribuidas al Servicio Público de Empleo Estatal, en materia de prestaciones de protección por desempleo y al Instituto Social de la Marina en relación con el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar; reconocimiento y control del derecho a la asignación económica por hijo a cargo, y pagos únicos por nacimiento del tercer o posterior hijos y por parto múltiple; reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria; relaciones internacionales de carácter institucional y negociación y ejecución de los Convenios Internacionales de Seguridad Social; gestión y funcionamiento del Registro de Prestaciones Sociales Públicas; gestión de las prestaciones económicas y sociales del síndrome tóxico, etc.

Lesiones permanentes no invalidantes

Las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que en el mismo se determinan, por la entidad que estuviera obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

Muerte y supervivencia

Los trabajadores en situación de alta, y en ciertos casos en no-alta, los subsidiados y los pensionistas pueden causar derecho, a su fallecimiento, a las siguientes prestaciones en favor de los familiares a su cargo:

- a) Un auxilio por defunción.
- b) Una pensión vitalicia de viudedad.
- c) Pensiones de orfandad.
- d) Indemnización especial a tanto alzado si el fallecimiento ha tenido lugar por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- e) Una pensión vitalicia o, en su caso, subsidio temporal en favor de familiares.

Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

Son asociaciones privadas de empresarios debidamente autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social que con tal denominación se constituyan, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias que se establezcan, que asuman al efecto una responsabilidad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.

La colaboración en la gestión de la Seguridad Social comprenderá las siguientes actividades: la colaboración en la gestión de contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; la realización de actividades de prevención y recuperación; la colaboración en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Ocupación

A efectos de la cotización por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, la ocupación consiste en la realización de un trabajo, perfectamente identificado, común a muchas actividades cuyo riesgo es independiente de la actividad de la empresa.

^(*)Cfr. AMAT “Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo 2007



Bibliografía:

- ALFONSO MELLADO, C. L. (2011), Prevención de riesgos laborales y accidentes de trabajo en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social, Bomarzo, Albacete
- AMAT “Nuevo Cuadro de Enfermedades profesionales. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo 2007
- BLASCO LAHOZ, J.F; “Enfermedades profesionales: legislación, doctrina y jurisprudencia”
- CAVAS MARTÍNEZ, F. “Las enfermedades Profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social”, Fomento de la Investigación Social (FIPROS).
- CAVAS MARTÍNEZ, F. y FERNÁNDEZ ORRICO, F. J. (2006), La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de seguridad social, Editorial Aranzadi, Navarra.
- CEPROSS Enfermedades profesionales. Sistema de alerta como herramienta para la prevención. Utilidad del sistema. 2013
- COMISION EUROPEA Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States”2013
- COMISIONES OBRERAS “Guía para reconocer y prevenir las enfermedades profesionales”2009
- DESDENTADO BONETE A. Y TEJERINA ALONSO J.I, “La protección de los autónomos en las contingencias profesionales”.
- DESDENTADO BONETE, A. y DE LA PUEBLA PINILLA, A. (2000), “Las medidas complementarias de protección del accidente de trabajo a través de la responsabilidad civil del empresario y del recargo de prestaciones”
- DESDENTADO BONETE, A. (2007), “La responsabilidad empresarial por los accidentes del trabajo. Estado de la cuestión y reflexión crítica sobre el desorden en el funcionamiento de los mecanismos de reparación”
- DOMBLAS, M.A: “Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales”. “Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales” Thomson Aranzadi, 2007.Cap. III “Contingencias profesionales: concepto y delimitación”.
- FERNÁNDEZ COLLADOS, M.B; “Las enfermedades del trabajo” Artículo de Revista: Civitas Revista Española de Derecho del Trabajo Nº146, Madrid 2010. Págs.11-12.
- FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J. (1999), Protección social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Tirant lo Blanch, Valencia.
- FOMENT PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES “La judicialización de los conflictos en materia de seguridad y salud laboral” Foment Prevención de Riesgos laborales con el patrocinio de la Fundación para la Prevención de riesgos laborales. 2012
- FREMAP “Análisis de las Enfermedades Profesionales 2008-2012”
- GARCÍA COCA “La gestión de las enfermedades profesionales en el marco de las Nuevas Tecnologías”.
- GINES I FABRELLAS Instrumentos de compensación del daño derivado de accidente de trabajo y enfermedad profesional. 2011
- GÓMEZ GORDILLO, R; “STSJ de Navarra de 19 de Abril de 2006
- GONZÁLEZ MARTÍN El control administrativo por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de las enfermedades profesionales
- HEVIA-CAMPOMANES CALDERÓN, E; “Los accidente de trabajo y las enfermedades profesionales. Gestión, prestaciones, procedimiento y jurisprudencia”.
- IGARTÚA MIRÓ, M.T: “La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de los riesgos psicosociales”
- IGLESIAS VALCARCEL, P; “RD 1299/2006 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro”
- Instituto de reformas Sociales “Jurisprudencia de Accidentes de Trabajo”.
- LANTARON BARQUIN D; “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”.
- LÓPEZ GANDÍA, J; “Nueva Regulación de las Enfermedades Profesionales”
- MATEOS BEATO, A; “Las enfermedades profesionales: Actualización normativa”



- MORENO CÁLIZ, S; “Aproximación al concepto de enfermedad profesional”. Tribuna Social num. 131 2001. Págs. 65-66.
- MORENO CÁLIZ, S.: Enfermedades profesionales. Un estudio de su prevención, MTAS-INSHT, Madrid, 2002, págs. 330-331
- MORENO PEDRAJAS, A; “La enfermedad profesional: concepto y manifestaciones” 2009
- MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2012.
- MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: avance mensual y trimestral
- MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Anuario de Estadísticas 2012.
- MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad y la salud laboral en la negociación colectiva 2009
- MINISTERIO DE EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL: Evaluaciones de riesgos psicosociales. Una campaña europea de inspección, 2012
- OIT Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales (Recomendación núm. 194) (Ginebra, 27-30 de octubre de 2009 Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT
- OSALAN Carga de enfermedad atribuible al trabajo y su coste sanitario en el País Vasco
- SÁNCHEZ TRIGUEROS, C “La protección social y los riesgos psicosociales. Anales de Derecho, nº 26, 2008. Universidad de Murcia
- SEMPERE NAVARRO, A; “La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación”
- UGT. Enfermedades del trabajo .Primer semestre 2012
- UGT. GUIA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Situación Actual de las Enfermedades Profesionales en los Sectores de la FeS-UGT
- VALENZUELA DE QUINTA, E; “Valoración del nuevo marco de gestión sobre las enfermedades profesionales. Análisis y perspectivas de la actualización del cuadro de EE.PP y del sistema de notificación y registro”.
- VVAA “El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales en comparación con lo derogado y con la Recomendación Europea”.