

Enfermedades profesionales

Dossier

Presentación

Este documento forma parte de una serie de dossiers sobre temas de particular complejidad o que han tenido actualizaciones y adaptaciones legislativas en los últimos tiempos. Además de constituir un compendio multidisciplinar de los aspectos a tomar en cuenta, aportan herramientas para impulsar la acción sindical para la prevención. Parten de un planteamiento del riesgo pluridisciplinar, incluyen datos sobre la realidad española (datos sobre población expuesta, percepción del problema, datos económicos, etc), normativa y enlaces a materiales complementarios o de particular interés.

Los dossiers están disponibles en la página web de ISTAS en formato electrónico (desde donde se pueden seguir los enlaces).

Este dossier se realiza en el marco del Convenio de Colaboración suscrito con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, al amparo de la Resolución de Encomienda de Gestión de 26 de marzo de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, para el desarrollo de actividades de prevención.



Contenidos

Introducción.....	3
El sistema de reconocimiento de la enfermedad profesional	3
Las condiciones de trabajo y la salud	3
Las “contingencias profesionales”	4
Definición de “Enfermedad Profesional” de la LGSS	5
Descripción del procedimiento de declaración y notificación	6
Problemas en el mecanismo.....	7
La vigilancia de la salud laboral.....	8
Objetivos de la Vigilancia de la salud	8
El artículo 22 de la LPRL	9
Protocolos.....	10
La actividad sanitaria de los Servicios de Prevención y su relación con la Enfermedad Profesional	11
La vigilancia de la salud y la LISOS.....	12
Los reconocimientos médicos derivados de la LGSS	13
La “aptitud” y la LPRL	15
La ineptitud sobrevenida.....	16
Perspectiva cuantitativa	17
Situación de las enfermedades profesionales en España	17
La magnitud del subregistro.....	17
Magnitud de los daños a la salud	18
Tendencia interanual en los casos registrados.....	18
Costes.....	21
Perspectiva subjetiva	22
Valoración de la situación tras la entrada en vigor del RD - Cuadro de Enfermedades Profesionales	23
Conclusiones.....	25
Otros temas relacionados y pendientes.....	26
Anexo 1: Artículos 196 y 197 de la Ley General de SS.....	27
Anexo 2: Artículos de la LISOS	28
Anexo 3: Buenas prácticas en la Vigilancia de la salud	30
Anexo 4: Garantías para los trabajadores contenidas en el art. 22 de la LPRL, sobre Vigilancia de la salud.....	33
Anexo 5.....	34

Introducción

Las reformas orientadas a hacer aflorar la verdadera magnitud de los daños derivados del trabajo que se han aplicado durante los últimos dos años no han dado sus frutos y seguimos pendientes de una verdadera reforma del sistema de protección de la salud de los trabajadores.

Para contribuir a la discusión de este problema, presentamos diversos aspectos que contribuyen a esta situación, y algunas hipótesis que están sobre las mesas de discusión.

El sistema de reconocimiento de la enfermedad profesional

Las condiciones de trabajo y la salud

En el marco de la prevención de riesgos laborales, se entiende como condiciones de trabajo cualquier aspecto del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadoras/es. Aunque tengamos en cuenta que la enfermedad no es algo extraño a la condición humana, sino que forma parte de su naturaleza, no es menos cierto que en el trabajo nos ponemos en relación con sustancias, materiales y máquinas peligrosas, con exigencias físicas forzadas, con condiciones ambientales y climáticas perjudiciales, con tensiones derivadas de una mala organización y ordenación del trabajo, etc.

En prevención, se busca evitar la enfermedad y la muerte injustas, en el sentido de evitables, de prematuras, y con estos adjetivos pueden calificarse la mayor parte de los daños derivados del trabajo.

Al respecto, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales define como **condición de trabajo (artículo 4.7)**:

"... cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- *Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.*
- *La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.*
- *Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.*
- *Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador."*

Todos estos factores se han de tener en cuenta en la prevención de riesgos laborales.

Las “contingencias profesionales”

Sin embargo, aunque existe obligación general de prevención, los daños o alteraciones de la salud que se producen en relación al trabajo, pueden llegar a ser calificados como “accidente de trabajo” o “enfermedad profesional”, en cuyo caso tendrán la consideración de “**contingencia profesional**” de nuestro sistema de Seguridad Social ". En caso contrario, son consideradas "**contingencias comunes**".

La correcta calificación de los daños a la salud como accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales es muy importante por las diversas implicaciones para la persona afectada y para la prevención.

En el terreno **económico**,

- La correcta calificación impide que el sistema público de salud asuma costes externos de las empresas, que además están asegurados en el ámbito de la Seguridad Social.
- Afecta a las prestaciones que recibirán los trabajadores:
 - Tratamiento médico - farmacéutico: En la contingencia profesional es gratuito, en la común el enfermo/a paga el 40% de los medicamentos.
 - Porcentajes de la base reguladora en caso de baja: En la contingencia profesional, durante los primeros 20 días el trabajador/a cobra el 75% de la base reguladora. Estos porcentajes son más altos que en caso de contingencia común, en la que se calcula el 60% de la base reguladora. ¹
 - La forma de calcular la prestación o subsidio por I.T., como los demás derechos económicos, es más beneficiosa en las contingencias profesionales que en las comunes.
 - Si la contingencia es profesional, proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de riesgos laborales. Por ejemplo, un recargo de prestaciones.

También tiene implicaciones **preventivas**: la identificación y notificación de una contingencia profesional debe desencadenar una serie de reacciones y acciones, que tienen como efecto:

- aportar información sobre las efectividad de la prevención en la empresa, indicando la necesidad de medidas preventivas;
- es la base de la información estadística que manejan las autoridades laborales y sanitarias, para sus programas de acción;

¹ Sin embargo, mediante negociación colectiva se puede establecer que se cobre el 100% desde el primer día, tanto para contingencia profesional como para contingencia común.

- abre la puerta a actuaciones de la autoridad laboral y/o sanitaria
- contribuye a la visibilidad social del riesgo laboral.

En suma, se puede afirmar que la correcta calificación de la etiología de los daños a la salud en el trabajo es uno de los cimientos del sistema de protección de la salud de los trabajadores, junto a su notificación y registro.

Definición de “Enfermedad Profesional” de la LGSS

La Enfermedad Profesional viene definida en el Art. 116 de la Ley General de Seguridad Social como

“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 esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Según esta definición, para que una enfermedad pueda ser declarada como “profesional” deben darse los siguientes elementos:

- Que la persona haya enfermado debido a elementos o sustancias que en el Cuadro se indiquen como causa de enfermedad profesional.
 - Se trata de una lista indicativa y abierta de agentes que pueden ser causa de enfermedad en el entorno laboral y de las actividades más comunes dónde se encuentra. Al no tener una pretención exhaustiva, la no inclusión de una actividad no debe suponer un problema para la calificación de una enfermedad como “profesional”.
- La persona que haya enfermado debe tener la contingencia por Accidentes y Enfermedades profesionales cubierta (por ejemplo, los trabajadores del Régimen General de la SS, trabajador/a autónomo/a que hayan asegurado la contingencia, etc.)
- Cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra "e" de la LGSS).
- Cuando las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, se agraven como consecuencia de una lesión constitutiva del accidente, tendrán consideración de accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra "f" de la LGSS).

El “cuadro de enfermedades profesionales”

El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el

[cuadro de Enfermedades Profesionales](#) en el sistema de la SS y se establecen criterios para su notificación y registro vino a sustituir al anterior, de 1978, y toma como referencia a la lista europea de 2003.

Dicho cuadro no representa una lista cerrada: se identifican agentes causantes de enfermedades y las principales tareas/actividades capaces de producirlas, y por lo tanto, no excluye que puedan ser producidas por otras actividades.

Con todo, la lista de factores causales es mucho más acotada que la definición de “condiciones de trabajo” que se utiliza en la LPRL, a la que ya hemos hecho referencia.

Descripción del procedimiento de declaración y notificación

Cuando un/a trabajador/a sufra un problema de salud y piense que éste está relacionado con el trabajo, debe acudir directamente a la Mutua para que un facultativo declare, en su caso, la Enfermedad Profesional correspondiente.

Para la declaración, la Mutua pedirá al empresario los datos básicos del trabajador para la cumplimentación del parte. Este paso, en ningún caso, paralizará el procedimiento de declaración.

Existe también la posibilidad de que el trabajador/a acuda a su médico del sistema público de salud (atención primaria o especializada), quien valorará si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo.

En su caso, el médico emitirá un diagnóstico de sospecha del posible origen laboral (con baja si el estado de salud del trabajador es incapacitante para el trabajo), y lo trasladará a la Inspección Médica, como autoridad jerárquica directa dentro del Sistema Público de Salud que contará con el apoyo, en caso de existir, de la Unidad de Salud Laboral.

Una vez emitido el mencionado diagnóstico de sospecha, la autoridad sanitaria de la CC.AA. (a través de la Inspección médica, unidad de salud laboral o equivalente) trasladará, en su caso, a la Mutua encargada de la cobertura dicha sospecha, para que emita, en su caso, el parte correspondiente.

En todo caso, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), como entidad gestora, quien tiene la última palabra: puede emitir resolución de determinación de contingencia, condenando, en su caso, a la Mutua a hacerse cargo del proceso.

Los trabajadores pueden también iniciar el trámite de solicitud de la “determinación de la contingencia”, dirigiéndose directamente al INSS para solicitar la correcta determinación del carácter profesional de su enfermedad.

Adicionalmente, está la vía judicial: en los Juzgados de lo Social se valora especialmente los informes solicitados a la Inspección de Trabajo en las

demandas deducidas ante los mismos en los procedimientos de accidentes de trabajo y enfermedades (LPRL, art. 9.1.c)).

Problemas en el mecanismo

El camino a recorrer entre la aparición y diagnóstico de la patología laboral y su reconocimiento efectivo como enfermedad profesional es tortuoso. Los mecanismos para correcta declaración y notificación de la enfermedad profesional fallan por diversas razones.

Las reformas que se han aplicado en los dos últimos años (nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales, cambio en el mecanismo de declaración) no han mejorado la notificación, como se puede apreciar en el capítulo cuantitativo de este dossier. Justamente cuando cabía esperar una tendencia al alza por el resto de medidas, ha habido un marcado descenso.

Parece ser que la explicación ofrecida por el Ministerio de Trabajo para esta tendencia negativa observada en el número de enfermedades profesionales registradas en 2006 y 2007, es que se debe a un efecto perverso de la Orden TAS/4054/2005.²

Una medida reciente para corregir la tendencia negativa es la Resolución de 19 de septiembre de 2007, que establece que el INSS revisará de oficio todos los casos en los que habiendo indicios de enfermedad profesional, la Mutua los haya rechazado.

Como esta medida no parece ser suficiente, el borrador de Presupuestos Generales del Estado para 2008 introduce una bonificación del 50% en la aportación a la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, respecto de trabajadores afectados por una enfermedad profesional, en los términos y condiciones que se desarrollen reglamentariamente, cuando se produzca un cambio de puesto de trabajo en la misma empresa o el desempeño, en otra distinta, de un puesto de trabajo compatible con el estado del trabajador.³

² La colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social en contingencias profesionales se recoge en el art. 68.3 b) de la LGSS. Las Mutuas ingresan en la Seguridad Social una cantidad predeterminada en concepto de sostenimiento de los Servicios Comunes de la Seguridad Social, como se regula en el Real Decreto 2064/1995 y modificaciones posteriores (RD 335/2004).

En el año 2006 se aplicó para el sostenimiento de estos Servicios Comunes el coeficiente 20,6 % sobre las cuotas ingresadas por contingencias profesionales de cada Mutua. Pero, la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre ofrece la posibilidad a las Mutuas de reducir esta aportación del **20,6 %** al **14,9 %** (6 puntos porcentuales sobre aproximadamente 75.000 millones de euros, que es para tener en cuenta) para que las Mutuas hagan frente capitalizando o con reaseguros a las prestaciones derivadas de ENFERMEDADES PROFESIONALES distintas a las correspondientes a la situación de incapacidad temporal, es decir, además de cubrir la temporal de 12-18 meses podían optar por cubrir las incapacidades totales, permanentes, muerte y supervivencia; o sea, prestaciones económicas de carácter periódico, además de las que ya tenían de carácter temporal con fin prefijado.

Las Mutuas aceptan el reto y comienzan la reducción de la declaración de enfermedades profesionales con baja. "El que reconoce paga. Luego, no reconociendo, no se paga".

³ Noticia tomada de la web de La Moncloa. Allí se ha explicado como la forma de permitir "que el trabajador pueda cambiar de puesto de trabajo en los primeros estadios en que se detecta la enfermedad, sin que la falta de protección social le obligue a continuar en el mismo hasta llegar

Además, alguna parte del descenso en la notificación se puede achacar a disfuncionamientos del sistema de notificación telemática, que se implantó apresuradamente y sin período de transición.

Todavía no se dispone de los programas de formación para los médicos del Sistema Público de Salud para ayudarles a investigar las posibles causas laborales en las patologías de sus pacientes ni de las *guías de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para el diagnóstico* “ previstas en el RD 1299/2006, aunque ya se ha contratado la realización.”⁴

Otro obstáculo para la declaración es que los trabajadores no demandan esta calificación, a veces por entender que no les conviene, por las consecuencias que ocasionalmente pueden derivarse en la realidad institucional actual. En ocasiones la declaración de enfermedad profesional puede derivar en empeoramiento de la situación laboral de los trabajadores, si se utiliza la “ineptitud sobrevenida” como causa de despido con indemnización mermada.

La vigilancia de la salud laboral

Objetivos de la Vigilancia de la salud

¿Que es un sistema de Vigilancia de la Salud? Se puede definir como *“la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud, su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública.”*⁵

En el ámbito de las empresas, la vigilancia reúne información de encuestas de salud, controles biológicos, estudios de absentismo, registros de accidentes, y por supuesto de la evaluación de riesgos laborales, así como de exámenes de salud de los trabajadores, periódicos o puntuales, específicos en relación a esos riesgos.

El objetivo de la vigilancia es evitar que las condiciones de trabajo dañen a la salud de los trabajadores, interpretando señales de alarma, en relación a

a la incapacidad. La falta de protección social a las situaciones de enfermedad profesional en las que la afección es sólo parcial ha sido objeto de frecuentes críticas tanto de trabajadores como de empresarios, porque a su juicio condena a los trabajadores a mantener la exposición al riesgo, dado que sólo cuando el progreso de la enfermedad impedía trabajar se contaba con ayudas económicas de la Seguridad Social.”

⁴ RESOLUCIÓN de 5 de octubre de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo de encomienda de gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de Salud Carlos III para la colaboración y asesoría científico-técnica en materia de las enfermedades profesionales.

⁵ [Sistemas de Vigilancia de Riesgos Laborales](#), Cap. 5, página 22.

factores de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo, en fase precoz y reversible, como parte del plan de prevención.⁶

Es muy importante tener en cuenta que la Vigilancia de la salud no equivale a reconocimiento médico. Esta actividad se inscribe en la medicina preventiva y utiliza las herramientas epidemiológicas. Aprovecha todas las fuentes de conocimiento disponibles en la empresa y utiliza, entre otras fuentes, los datos de los reconocimientos médicos.

El artículo 22 de la LPRL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales introdujo la obligación empresarial de **vigilancia de la salud**, a través del art. 22, desarrollada luego por el Reglamento de los Servicios de Prevención, y en coherencia con los principios definidos en su capítulo sobre Salud Laboral en la Ley General de Sanidad (capítulo IV del Título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril).

La obligación derivada del artículo 22 de la LPRL no especifica su relación con la obligación establecida en normativa anterior, de Seguridad Social, acerca de “**reconocimientos médicos**”, que tratamos mas abajo.

La **aptitud para el trabajo**, sin embargo, sí se considera en apartado 4 del artículo 22 como uno de los cometidos de la vigilancia de la salud - aunque sólo de manera implícita, porque únicamente se menciona como una excepción de la obligación de confidencialidad de los datos:

Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.

No obstante lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente su funciones en materia preventiva.

El artículo sobre Vigilancia de la Salud tampoco menciona el concepto de enfermedad profesional y por tanto es posible interpretar que no es cometido de esta actividad preventiva contribuir al reconocimiento de esta.⁷

⁶ Carlos Aníbal Rodríguez, [Vigilar la Salud, Prevenir el Riesgo. II Foro ISTAS de Salud Laboral](#) pg.11

⁷ En realidad, además de mencionar en el art. 6.1.g) que el “*Procedimiento de calificación de las enfermedades profesionales, así como requisitos y procedimientos para la comunicación e información a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo*” será regulado por normas reglamentarias, la “enfermedad profesional” se menciona en la LPRL en pocas ocasiones: una en el contexto de las responsabilidades y sanciones de las empresas de trabajo temporal y otra en la Disposición Adicional Primera, dónde se hace constar que las definiciones derivadas de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales no afectan a lo dispuesto en el sistema de Seguridad Social. También se menciona en el artículo 9.1 c y d, entre las funciones

En todo caso, observamos que el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales por momentos parece ceñirse a una definición de vigilancia de la salud consistente sólo en reconocimientos médicos, que sin embargo, y paradójicamente, son voluntarios. Para entender la paradoja, hemos de formular la pregunta de si acaso un trabajador que rechaza el reconocimiento médico está renunciando así a su derecho a la vigilancia de la salud.

Protocolos

En la LPRL, el art. 10, se establece que será la autoridad pública competente en materia sanitaria la que tenga como cometido *“el establecimiento de medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes. Para ello, establecerán las pautas y protocolos de actuación, oídas las sociedades científicas, a los que deberán someterse los citados servicios.”*

Para ello, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se desarrollaron una serie de “Protocolos de vigilancia sanitaria específica”, cuyo fin declarado es cumplir con este mandato, y como fin concreto e reducir las actuaciones de carácter generalista, no orientadas a la prevención.

Los protocolos se han elaborado como guías de actuación para los Servicios de Prevención cuando realicen vigilancia sanitaria específica de los trabajadores expuestos a un determinado riesgo, y orientados a la protección de la salud. Los protocolos incluyen:

- Directrices para el personal médico del Servicio de Prevención, para que enmarquen esta actividad dentro de el resto de actividades preventivas, especialmente la evaluación de riesgos;
- Directrices para la exploración clínica específica
- Conducta a seguir según las alteraciones que se detecten junto con criterios de valoración. Estos, llamativamente se expresan en términos de **aptitud/ineptitud**.

No se explica ni en la introducción ni el texto de los protocolos en qué entorno normativo se inscribe esta calificación respecto de la aptitud. Lo que está claro es que partiendo del contexto de la prevención, esta calificación no tiene relación con la normativa de Seguridad Social, ya que los protocolos se remiten únicamente a la Ley General de Sanidad y a la LPRL junto a su normativa de desarrollo.

Examinando, por ejemplo el protocolo para Manipulación Manual de Cargas, se puede observar que culmina con la “Valoración de la aptitud médico-laboral”. Se puede apreciar que sólo la opción 2.B podría abrir una dinámica preventiva.

de la Inspección de Trabajo, cuando se especifica que deberá informar cuando se lo requieran los juzgados y también a la Autoridad Laboral cuando las enfermedades sean graves o se originen en incumplimientos empresariales.

3. VALORACIÓN DE LA APTITUD MÉDICO-LABORAL

1. Apto sin restricciones
2. Apto con restricciones
- 2.1. Personales
- 2.2. Laborales
- 2.2.1. Restrictivas
- 2.2.2. Adaptativas
3. No apto
4. En observación

Observaciones: _____

Y no se explicita si la valoración final que ha de hacer el profesional se deriva de los datos del estado de salud del trabajador o del análisis de riesgos. Hemos revisado el texto previo del mismo protocolo, y en el capítulo sobre Conducta a seguir..., se puede observar que se han incluido unos párrafos, en la apertura del capítulo y en el final en los que se mencionan pautas generales de actuación, inspiradas en la LPRL, pero esto no aclara cómo se han de aplicar los criterios de valoración.

6. CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN LAS ALTERACIONES QUE SE DETECTEN POR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN

- Análisis y reestudio de las condiciones de trabajo si las alteraciones detectadas por el médico del trabajo lo aconsejan. Evaluación y control del riesgo.
- Rehabilitación y recuperación mediante el trabajo, optimizando en la medida de lo posible el puesto de trabajo como elemento rehabilitador.
- Cambio de puesto de trabajo.

Los criterios de valoración que se han consensuado para el protocolo propuesto son los siguientes:

1. Apto sin restricciones

El trabajador podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral, siempre y cuando el trabajo se ajuste a la normativa legal en cuanto a Seguridad y Salud en el trabajo y haya recibido la información adecuada sobre los riesgos y los daños derivados de su trabajo.

2. Apto con restricciones

Tienen por objeto lograr la rehabilitación y recuperación laboral del trabajador que lo precise y muy especialmente la integración profesional del minusválido. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.

A. **Personales:** Implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.

B. **Laborales:**

- B.1. **Adaptativas:** implican la adaptación del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.
- B.2. **Restrictivas:** existe prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

3. No apto:

Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas impliquen problemas serios de salud, o ésta le imposibilite la realización de las mismas y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con restricciones.

20

4. En observación:

Calificación que recibe el individuo que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de determinar su grado de capacidad, valorando además su nivel de formación en relación con los riesgos de su puesto de trabajo.

En cualquier caso, la calificación de aptitud será el resultado de enfrentar el fisiograma del trabajador con el fisiograma del puesto de trabajo intentando en lo posible la readaptación laboral del individuo con lesiones y la integración social del minusválido.

7. LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley 14/1988 General de Sanidad.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 487/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Real Decreto 498/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social.
- Real Decreto 1991/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.
- Real Decreto 383/1984 sobre Sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Ayoub M. Control of Manual Lifting Hazards: III. Preemployment Screening. *Journal of Occupational Medicine*, 1982, 10 (24): 751-761.
- Chavarría R. La carga física de trabajo: definición y evaluación. *Notas Técnicas de Prevención INSH-T*, 1991, NTP 286: 1-8.
- Chirivella C, García C. Page A. Evaluación de riesgos laborales asociados a la carga física. *Prevención*, 1997, 141: 8-21.
- Díaz C, Ibas M. Método de evaluación de carga física en puestos de trabajo. *Mapre Seguridad*, 1996, 62: 15-18.
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997: 1-108.
- Método de evaluación de riesgos de lesión por movimientos repetitivos. *Jornada*, 1996: 62-86.
- Movimiento manual de cargas. Seguridad en el trabajo. FREMAP, documento interno: 1-43.

21

La actividad sanitaria de los Servicios de Prevención y su relación con la Enfermedad Profesional

Mediante la **Resolución** de 19 de septiembre de 2007, de la **Secretaría de Estado de la Seguridad Social**⁸, que le otorga valor de “indicio” a los informes de sospecha de enfermedad profesional de los servicios de

⁸ **Resolución** de 19 de septiembre de 2007, de la **Secretaría de Estado de la Seguridad Social**, publicada en el BOE nº 228 del sábado 22/09/2007. Esta Resolución fue adoptada como respuesta al imprevisto pero notable descenso en la notificación de Enfermedades Profesionales desde que lo han asumido las Mutuas, desde enero de 2007.

prevención, se ha corregido la situación anterior, en la que estos servicios no tenían una función clara en la notificación.

El Reglamento de los Servicios de Prevención⁹, cuando habla de las funciones de los profesionales de nivel superior en materia sanitaria (artículo 37.3), menciona las funciones y actividades, todas ligadas a la vigilancia de salud y ninguna directamente destinada a colaborar con la notificación de la enfermedad profesional:

37.3.b

1. Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
 2. Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, **con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales** y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
 3. Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos
- d. El personal sanitario del servicio de prevención deberá conocer las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.
- e. En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud.
- f. El personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.
- g. El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.
- h. El personal sanitario del servicio de prevención que, en su caso, exista en el centro de trabajo deberá proporcionar los primeros auxilios y la atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o alteraciones en el lugar de trabajo.

En esta línea, hay que observar que tampoco el Real Decreto 1299/2006, de Enfermedades Profesionales vino a otorgar ninguna función al personal médico de los Servicios de Prevención en la notificación de las enfermedades profesionales.

La vigilancia de la salud y la LISOS

Realizar reconocimientos médicos inespecíficos, no utilizar los resultados para la prevención, y no registrar y archivar los datos, conlleva incurrir en infracción “grave”, según el Artículo 12.2 de la LISOS¹⁰:

⁹ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31 enero, disponible en <http://www.mtas.es/insht/legislation/RD/rd39.htm>

¹⁰ 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. BOE núm. 189, de 8 de agosto. <http://www.mtas.es/insht/legislation/RD/lisos.htm>

- (2) No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan **conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales**, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados.
- (3)....no llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes
- (4) No registrar y archivar los datos obtenidos en las evaluaciones, controles, reconocimientos, investigaciones o informes a que se refieren el [artículo 16](#), el [artículo 22](#) y el [artículo 23](#) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Los reconocimientos médicos derivados de la LGSS

En paralelo a los reconocimientos médicos que pudieran tener que realizarse para cumplir con la obligación de Vigilancia de la Salud, establecida por el Artículo 22 de la LPRL, en la Ley General de la Seguridad Social se establece otra obligación, con similitudes pero con objetivos muy diferentes.

En la LGSS¹¹, Art. 196, se establece que deberán realizar reconocimientos médicos las empresas que tengan puestos de trabajo con riesgo “*de enfermedad profesional*”.

Las empresas que estén en esta condición (la LGSS no aclara cómo se determina) y no hagan llegar a la mutua un certificado de reconocimiento médico, previo y/o periódico, asumirá las consecuencias previstas en el Art. 197. En ese artículo se habla de “*riesgo específico de enfermedad profesional*” y se dice 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 así, serán sancionadas.¹²

No se establece que la empresa tenga obligación de reseñar cual es la enfermedad profesional de la que se trata y en su caso, a qué exposición laboral se debe.

Se prohíbe contratar trabajadores calificados como “*no aptos*”, y en concordancia, estos reconocimientos son previos a la contratación y obligatorios para el trabajador.

La comparación de la obligación derivada de la LGSS y la analizada arriba, del artículo 22 de la LPRL, muestra una diferencia de **objetivos** de cada una de las

¹¹ [Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social](#)

¹² El sector de las mutuas define el reconocimiento médico como “*conjunto de pruebas médico-diagnósticas realizadas a un trabajador con el fin de proceder a una valoración de salud que define la capacidad o incapacidad física y/o mental del individuo para desarrollar las tareas propias, con vistas a verificar la aptitud del trabajador a las condiciones de su puesto de trabajo y prevenir cualquier deterioro de su salud o riesgos para la salud de terceros.*” Ver Diccio Egara, [Glosario de términos del sector de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social](#).

dos definiciones: en la obligación de vigilancia de la salud se busca recoger información útil para la actividad preventiva, de modo que las condiciones de trabajo se modifique para que no dañen la salud de los trabajadores. El acento está puesto en modificar las condiciones.¹³

En cambio, en los reconocimientos médicos del artículo 196 de la LGSS, el objetivo se relaciona con el aseguramiento del riesgo de contingencia. No se establecen objetivos preventivos: se pide valorar la **aptitud** de un trabajador en relación a un determinado puesto de trabajo, porque el puesto entraña riesgo de “enfermedad profesional”. En este contexto, las condiciones de trabajo, que entrañan riesgo de enfermedad se consideran un dato de la realidad, y no está relacionado con una obligación de eliminación o control.

En todo caso, para la mejor protección de la salud de los trabajadores, y para rebajar la contradicción entre ambas normativas, debería ser exigible que el riesgo de enfermedad profesional a que se hace referencia en la LGSS deba constar expresamente en la evaluación de riesgos de la empresa, con lo cual se estaría forzando al empresario a realizar esfuerzos preventivos.

También se debería alertar a los empresarios que, ignorando la diferencia entre estos dos conceptos, crean estar cumpliendo con la obligación de vigilancia de la salud al cumplir con su obligación de reconocimientos médicos.

Aprovechamos para señalar que la obligación empresarial establecida en la LGSS no establece en paralelo una obligación de informar previa y fehacientemente a los trabajadores de que el puesto que pretenden ocupar tiene riesgo de enfermedad profesional, de la utilidad de las pruebas que se le van a realizar, y de las medidas preventivas que se van a contemplar. Por el contrario, estas obligación si existe en la LPRL en general para todos los trabajadores, como derechos de información, y en particular, en relación a las relaciones de trabajo temporal, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal (LPRL, art. 28)

Los empresarios ante la vigilancia y los reconocimientos

Hasta 2003, se permitía que los reconocimientos médicos para la vigilancia de la salud se hacían con cargo a las cuotas pagadas por los empresarios a las Mutuas. A partir de entonces se acabaron los reconocimientos con cargo a cuotas, y desde entonces han sido pagados por el empleador.¹⁴

Al coexistir con los reconocimientos establecidos en la LGSS, Art. 196 y 197, podemos imaginar los empresarios seguramente ven una duplicación: los empresarios pueden creer erróneamente que, al realizarlos están cumpliendo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Coexisten dos obligaciones que son diferentes pero que, debido a su afinidad, siembran confusión y costes monetarios para las empresas,

¹³ Toda es normativa de salud laboral se puede consultar en [MSC](#).

¹⁴ Anteriormente, la Seguridad Social asumió pagar los reconocimientos como medida transitoria para que las empresas pudieran adaptarse sin demasiada dificultad al contenido de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

ineficiencias en el sistema público de salud, y desprotección de su salud para los trabajadores - además de ser objeto de numerosos procesos judiciales.

Tampoco está claro el contenido de dichos actos médicos. Mientras que el artículo 22.1 de la LPRL dice que la vigilancia se hará en función de los riesgos inherentes al trabajo, y en el artículo 10, antes citado, se especifica el papel de la autoridad sanitaria en establecer estándares, en la descripción de la obligación derivada de la LGSS no se dice nada sobre su contenido. En la práctica, a menudo estos reconocimientos son inespecíficos y en algunos casos se le han dado un uso inadecuado y discriminatorio.¹⁵

La “aptitud” y la LPRL

Existe una obligación empresarial de determinar la aptitud de un trabajador para un puesto antes de encomendárselo, y esta es mucho más amplia que la protección frente al riesgo de contraer enfermedad profesional. Se trata de una obligación general de concordancia entre la persona y las exigencias del trabajo. Esta obligación general de concordancia es la que se refleja en el artículo 13.4 de la LISOS, que define como infracción **muy grave**...

“La adscripción de los trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales conocidas o que 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, cuando de ello se derive un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores”.

Los elementos citados son diversos: se pide al empresario que tome en cuenta tanto las capacidades profesionales del trabajador y sus características personales (aspectos ambos que pueden ser valorados sin la participación de personal sanitario), así como que se le pide responsabilidad por la falta aptitud psicofísica considerada como **situación puntual** (*estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo*) que no necesariamente deben implicar a actuaciones sanitarias (por ejemplo, el empresario puede tener que disponer que se hagan pruebas de alcoholemia diarias a conductores).

En todo caso, cuando las pruebas de aptitud se relacionen con la protección de la salud de cada trabajador, su necesidad debería estar claramente indicada en la evaluación de riesgos.

Los criterios de aptitud a utilizar deberían objetivarse. Las normas que establecen exámenes orientados a la aptitud psicofísica para el trabajo deberían reformularse, diferenciando lo que es protección del propio

¹⁵ Ver ejemplo en <http://www.semst.org/descargas/stc196-2004.pdf>

trabajador de lo que pueda estar ligado a la protección de la seguridad del colectivo de trabajadores, del público o del entorno.

Además, los exámenes de salud orientados a valorar la aptitud con respecto a la protección frente a la enfermedad profesional, debería diferenciarse de la obligación general del empresario de asegurarse la continuidad de la aptitud de los trabajadores que tiene a su servicio, a la que creemos que hace referencia el artículo 13.4 de la LISOS.

Además, el trabajador, debe ser informado que va a ocupar un puesto con riesgo de enfermedad profesional, y de todas las medidas que se toman para el control del riesgo.

Ver Decálogo de la valoración de la aptitud para trabajar ¹⁶

La ineptitud sobrevenida

La posibilidad de que como resultado de la actividad de vigilancia médica se emita informe de ineptitud sobrevenida es otra fuente de disfuncionamiento de nuestro sistema de prevención de enfermedades laborales. Se admite que la calificación de ineptitud sobrevenida pueda ser resultado de las actividades de Vigilancia de la salud derivadas del Artículo 22 de la LPRL ¹⁷ y que como consecuencia de ella se proceda a despido. Esto es así aunque contradice lo establecido en el punto 4 del Art. 22: *“Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.”*

Parece normal, en este contexto, que los trabajadores rechacen someterse a reconocimientos que no sean obligatorios. Al respecto, hay que recordar que en el punto 1 del art. 22 de la LPRL se afirma que se debe consultar previamente con los representantes de los trabajadores para que los reconocimientos tengan consideración de obligatorias. Este mecanismo de control no resulta suficiente dado que los representantes de los trabajadores, actuando en conciencia con criterios de salud pública, estarían dando su visto bueno a pruebas que pueden perjudicar a los trabajadores.

Los reconocimientos médicos del Estatuto de los Trabajadores

Mencionamos aquí, que también en el Art. 20.4 del Estatuto de los Trabajadores ¹⁸ se hace mención de reconocimientos médicos, pero estos tienen carácter únicamente **disciplinario** y no constituyen tarea de los Servicios de Prevención, ni forman parte de la Vigilancia de la Salud.

¹⁶ C. Serra, et al, Decálogo de la valoración de la aptitud para trabajar - Diez principios básicos para su realización en el ámbito de la medicina del trabajo. Arch Prev Riesgos Labor 2007; 10 (2): 93-97. Disponible en <http://www.scsmt.cat/resums/RESUMDecalogo.pdf>

¹⁷ Ver Sentencia Tribunal Supremo (Sala de lo Social, Sección 1ª), de 22 julio 2005, disponible en http://www.semst.org/ descargas/sentencia_aptitud.pdf

¹⁸ http://www.mtas.es/Publica/estatuto06/Ap3_4EstatutoTrabActualiz.pdf

“El empresario podrá verificar el estado de enfermedad o accidente del trabajador que sea alegado por éste para justificar sus faltas de asistencia al trabajo, mediante reconocimiento a cargo de personal médico.”

Perspectiva cuantitativa

Situación de las enfermedades profesionales en España

Existe consenso político y técnico sobre las deficiencias en la notificación de las enfermedades profesionales y sobre la necesidad de corregir esta situación, que causa deficiencias en la protección de los trabajadores. Así, incluso, aparece en los razonamientos del RD 1299/2006.

Este consenso ha surgido del esfuerzo por crear instrumentos de análisis, que de forma alternativa al registro oficial de las enfermedades profesionales, han servido para poner de manifiesto la magnitud de la enfermedad profesional y de la subdeclaración.

En este sentido, diversos estudios realizan estimaciones del alcance de las enfermedades profesionales en la realidad productiva española y de los casos que aparecerían registrados en España si tuviéramos un sistema de detección mejor.

La magnitud del subregistro

Según estimaciones de un estudio reciente (García y Gadea)¹⁹, cada año se estarían produciendo en España cerca de 80.000 nuevos casos de enfermedades de origen laboral. Por orden de frecuencia, estas enfermedades laborales serían: osteomusculares (cerca de 28.000 casos nuevos al año), enfermedades de la piel (alrededor de 11.000 casos) y pérdidas auditivas (alrededor de 10.000 casos).

En cambio, en el mismo año 2004, nuestro sistema de oficial de registro de enfermedades profesionales, en España contabilizó unas 30.000 enfermedades profesionales, de las cuales el 99% fueron sin baja o leves, 152 casos se registraron como graves y sólo se registraron 2 muertes.

Si las estimaciones son correctas, indicarían un subregistro del 64% de las Enfermedades Profesionales. Por patologías, el mayor subregistro se daría para tumores malignos, hipoacusias por ruido y enfermedades respiratorias, con más del 90% de los casos de origen laboral estimados no reconocidos, y el 100% para enfermedades mentales.

¹⁹ García, Ana M., Gadea, Rafael, Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España en Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (1): 3-8. Disponible en <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsevents/files/enf-laborales.pdf>

Enfermedades Laborales estimadas y Enfermedades Profesionales registradas

	Enfermedades laborales estimadas		Enfermedades profesionales registradas EEPP		Infra declaración %	Muertes por enfermedad laboral estimadas		Enfermedades profesionales mortales reg EEPP	Infra declaración %
	n	%	n	%		n	%		
<i>Enfermedades mentales</i>	7.423	9	0	0	100	430	3	0	100
<i>Tumores malignos</i>	5.199	7	9	0	99,8	8.402	54	2	99,8
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	1.090	1	13	0	98,8	3.662	24	0	100
<i>Hipoacusia o sordera por ruido</i>	10.184	13	490	2	95,2	--	0	0	100
<i>Enfermedades respiratorias</i>	8.281	10	488	2	94,1	1.600	10	0	100
<i>Enfermedades infecciosas</i>	2.090	3	329	1	84,3	217	1	0	100
<i>Enfermedades de la piel</i>	11.291	14	3.613	13	68	--	0	0	100
<i>Enfermedades osteomusculares</i>	27.826	35	20.320	71	27	--	0	0	100
<i>Otras</i>		0	0	0		1.197	8	0	100
Total	79.484	100	28.728	100	63,9	15508	100	2	99,9

Año de referencia 2004

Fuente: Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud ISTAS-CCOO

Magnitud de los daños a la salud

Siguiendo estas estimaciones, en el año 2004 hubo en España más de 1.800.000 trabajadores afectados por algún problema de salud relacionado con su trabajo (excluyendo lesiones por accidente de trabajo). De ellos, prácticamente la mitad (algo más de 920.000) son hombres y el resto (casi 880.000) mujeres. Las alteraciones más frecuentes son de origen osteomuscular (455.000 casos en hombres, 428.000 en mujeres), seguidas por las alteraciones mentales: estrés, depresión o ansiedad (136.000 casos en hombres, 148.000 en mujeres). En términos relativos, el 9% de los trabajadores y el 13% de las trabajadoras sufren alguna dolencia como consecuencia de su trabajo.

La frecuencia de casos prevalentes en las mujeres es mayor que en los hombres para todas las alteraciones de origen laboral consideradas. Por ejemplo, un 10% de las trabajadoras padecen enfermedades osteomusculares y el 3% estrés de origen laboral, frente a prevalencias de 6% y 2% para estos mismos problemas en los trabajadores.

Tendencia interanual en los casos registrados

AÑOS	Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas, 2000-2006		
	Total	Con baja	Sin baja
2000	19.622	15.461	4.161
2001	22.844	17.896	4.948
2002	25.040	20.722	4.318
2003	26.857	23.722	3.135
2004	28.728	24.047	4.681
2005	30.030	24.524	5.506
2006	21.905	17.361	4.544

Fuente: elaboración propia con datos de sucesivas ediciones del Anuario de Estadísticas Laborales, publicado por MTAS, Tablas sobre Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), <http://www.mtas.es/estadisticas/anuario.htm>

Tras una tendencia sostenida al incremento en el número de casos reconocidos, durante el año 2006 se produjo un pronunciado descenso. También en 2007 continúa una clara la tendencia a la baja.²⁰

Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas, Mortales 2000-2006		
AÑOS	Total	Mortales
2000	19.622	3
2001	22.844	-
2002	25.040	2
2003	26.857	-
2004	28.728	2
2005	30.030	2
2006	21.905	-

Fuente: elaboración propia con datos de sucesivas ediciones del Anuario de Estadísticas Laborales, publicado por MTAS, Tablas sobre Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), <http://www.mtas.es/estadisticas/anuario.htm>

El número de enfermedades profesionales **mortales** registradas resulta anecdótico.²¹

Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas. Ramas de actividad, 2000-2006					
AÑO	Total	Sector			
		Agrario	Industria	Construcción	servicios
2000	19.622	391	12.011	2.017	5.203
2001	22.844	658	13.356	2.645	6.185
2002	25.040	631	13.878	3.086	7.445
2003	26.857	689	14.775	3.337	8.056
2004	28.728	577	15.415	3.681	9.055
2005	30.030	825	15.172	4.092	9.941
2006	21.905	554	11.480	2.773	7.098

Fuente: elaboración propia con datos de sucesivas ediciones del Anuario de Estadísticas Laborales, publicado por MTAS, Tablas sobre Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), <http://www.mtas.es/estadisticas/anuario.htm>

Por sectores, se observa que la mayor parte de las enfermedades notificadas se originaron en el sector industrial.

Además, se puede observar una gran variación en el registro según Comunidades Autónomas, y las tendencias casi siempre coinciden con la del

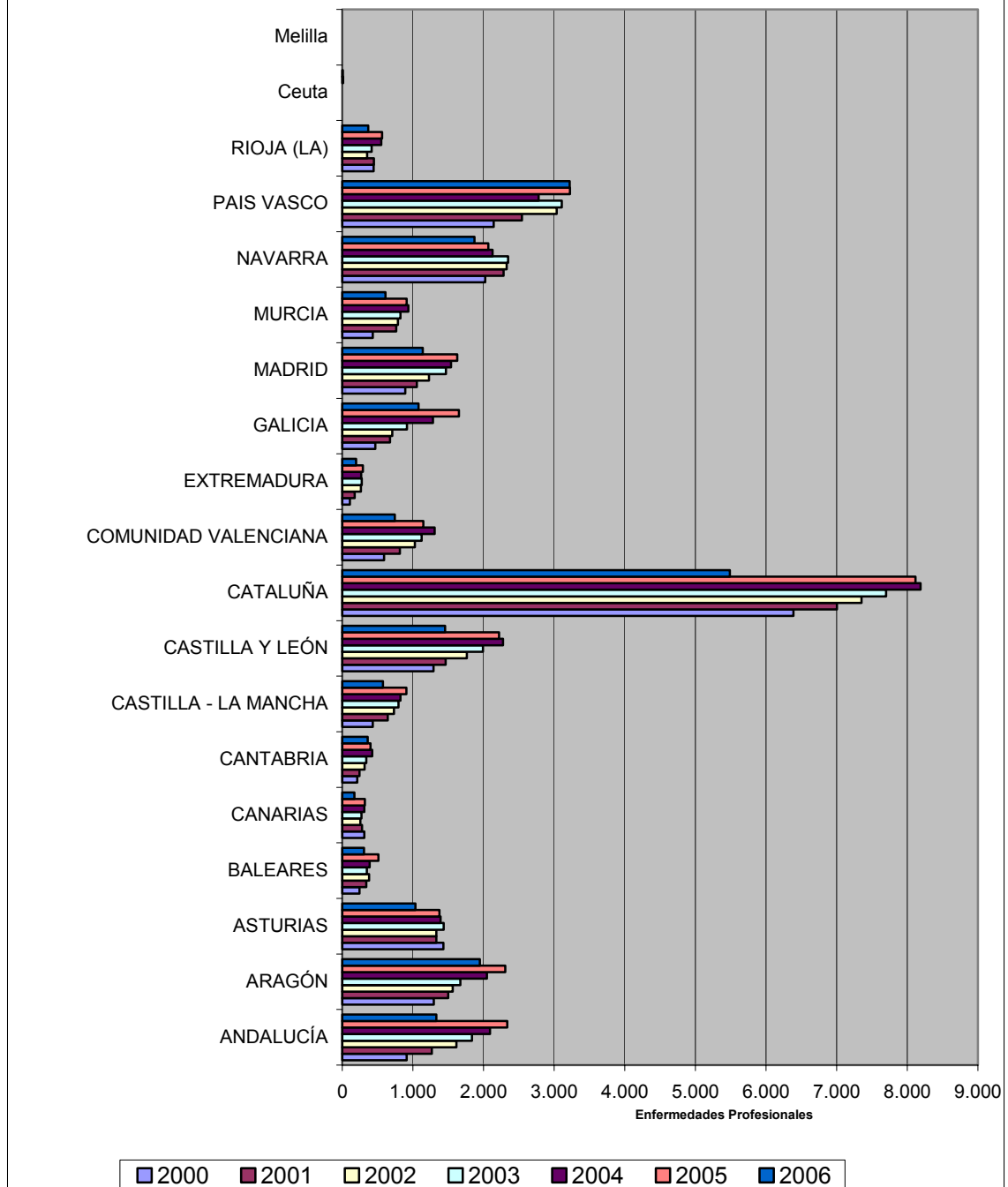
²⁰ ver datos del año 2007 en [Observatorio de Enfermedades Profesionales http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82](http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82)

²¹ Para intuir la tremenda magnitud del subregistro, sólo sería necesario contrastar el número de enfermedades de diagnóstico mortal incluidas en el listado del Cuadro (neumoconiosis, los diversos tipos de cánceres, etc.) y las cifras efectivas.

conjunto español: se puede apreciar cómo en la mayoría de las Comunidades Autónomas, después de una tendencia de registro ascendente, vuelven a una tendencia a la baja (sólo en La Rioja y en Asturias no se aprecia un descenso en 2006).

Así, en el año 2006 el descenso de enfermedades profesionales declaradas fue de aproximadamente el 21 %, y los datos hasta el momento indican que en el 2007 se ahonda el descenso, que llega aproximadamente al 45 %.

Evolución de registro de Enfermedades profesionales, por Comunidad Autónoma



Costes

Según estimaciones realizadas por García, Gadea y López²² para el año 2004, la mortalidad por causa laboral en España supondría un coste medio en términos de pérdidas de productividad equivalente a 800.000.000 euros al año, y en torno a 150.000 años potenciales de vida perdidos cada año.

Según esta misma fuente, los costes monetarios totales estimados para las enfermedades laborales incidentes (casos nuevos) en 2004 en España (costes sanitarios y costes de productividad del trabajador) se situarían en torno a 2.100 millones de euros.

Además, se puede estimar que los costes monetarios totales para las enfermedades laborales prevalentes (casos existentes) en ese mismo año se situarían en torno a los 40.000 millones de euros.

Perspectiva subjetiva

Las diferencias entre el cuestionario de la [V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo](#) y la recientemente publicada VI ENCT no permiten comparar más que una única pregunta, sobre la utilidad percibida del reconocimiento (ver Tabla ... a continuación)

Tema de la pregunta	Texto de la pregunta en la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo	Texto de la pregunta en la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo
	<i>“En los últimos doce meses, se <u>le</u> practicó algún reconocimiento médico por parte de la empresa? (pregunta 64)”</i>	<i>“En los últimos doce meses, ¿se le ofreció, por parte de su empresa, pasar un reconocimiento médico?” (p 47):</i>
Motivo	¿Cuál fue el motivo del reconocimiento....?	(Esta pregunta se eliminó)
Si fue informado de los resultados	Le informaron de los resultados del reconocimiento.... (p66)	(Esta pregunta se eliminó)
Utilidad percibida	¿Cual de las siguientes afirmaciones describen mejor, según su opinión, el reconocimiento médico que se le practicó? (p 67)	P48 = idéntica

Los resultados de la pregunta sobre utilidad percibida se exponen en la siguiente tabla:

Tabla: Resultados de la pregunta sobre la “utilidad del reconocimiento médico realizado en el último año” Comparación entre 1997, 1999, 2003 y 2007				
Datos en %	1997	1999	2003	2007

²² Ana María García, Rafael Gadea y Vicente López. Impacto de las Enfermedades Laborales en España, ISTAS, 2007. Disponible en <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=3778>

Es inútil, lo único que se hace es perder el tiempo	0,9	1,3	2,0	5,1
Es un chequeo médico general que nunca está de más, pero no lo veo relacionado con los riesgos de mi puesto de trabajo	32,7	36,1	39,2	24,3
Es útil, considero que me han realizado las pruebas necesarias para saber si tengo alguna enfermedad relacionada con el trabajo	65,7	61,5	58,2	68,2
NS/NC	0,7	1,0	0,5	2,4
TOTAL	100	100	100	100

Base: Trabajadores a los que se les ha realizado un reconocimiento médico
Fuente: Cuestionario de trabajador 1997, 1999, 2003 y 2007

Según la encuesta, lo más frecuente es que los trabajadores consideren útil el reconocimiento médico realizado. Sin embargo, para un tercio de los trabajadores los reconocimientos médicos realizados no están relacionados con los riesgos de su puesto de trabajo.

La falta de claridad sobre los conceptos y obligaciones ha creado confusión entre empresarios y también entre los trabajadores, que no saben muchas veces los motivos por los que deben acudir a una revisión. La V Encuesta señalaba que eran los trabajadores de la construcción, los que menos útiles las ven, y no es de extrañar si se considera que este sector se hacen contratos por obras muy breves, y para cada contrato se debe volver a realizar el reconocimiento.

Según la actividad desarrollada por el centro de trabajo, se realizan más reconocimientos médicos en Construcción (82%) y en las diferentes ramas del sector Industria (77%). Las ramas del sector Servicios son las que recogen menores frecuencias, destacando con el mayor porcentaje Otros Servicios (67%) y con el menor, Servicios Sociales (56%).

Según el tamaño de plantilla, la menor frecuencia de reconocimientos médicos se muestra en los centros de trabajo de menos de 10 trabajadores (46%).

Como ya se pudo comprobar en las dos ediciones anteriores de esta Encuesta, la casi totalidad de estos reconocimientos médicos tienen un carácter periódico (94%) y en un pequeño porcentaje son debidos a la incorporación al trabajo (4%).

Tomado de: Resultados de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

Esta confusión se puede ilustrar con un artículo.²³

Valoración de la situación tras la entrada en vigor del RD - Cuadro de Enfermedades Profesionales

Se esperaba que con la entrada en vigor a principios de 2007 del nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales mejoraran sensiblemente los mecanismos de notificación de enfermedades profesionales, y que aumentará la incidencia registrada en las cifras oficiales. Hasta entonces, la iniciativa del

²³ <http://www2.noticiasdot.com/publicaciones/2003/0303/1503/noticias150303/noticias150303-14.htm>

reconocimiento de una enfermedad profesional partía de la empresa y el camino para conseguirlo si no era así era tortuoso y claramente dificultoso.²⁴

Con la nueva norma, el empresario sigue obligado a facilitar determinados datos, pero ya no se deja en sus manos la tramitación del parte, sino que es el INSS (entidad gestora), y las Mutuas (entidades colaboradoras), las encargadas de la notificación directa a partir del diagnóstico médico.

Se asigna un importante papel en el proceso a los Servicios Públicos de Salud que comunicarán a la Mutua y/o al INSS, la sospecha de la existencia de una Enfermedad Profesional. Es decir, el Servicio de Salud de cada CC.AA. puede emitir bajas por contingencias comunes con **diagnóstico de sospecha** de que la enfermedad tiene origen laboral.

También, desde el verano de 2007, los Servicios de Prevención ya pueden emitir diagnóstico de sospecha de la existencia de una EE.PP.

Se reconocerán también EE.PP a trabajadores y trabajadoras que no se encuentran en situación de alta (a través del INSS)

Se dispone de un nuevo parte de Enfermedad Profesional y de un nuevo mecanismo de notificación, telemático.

Se esperaba que estas medidas permitieran poner las bases de un nuevo Sistema de reconocimiento de Enfermedades Profesionales en el ámbito de la Seguridad Social, así como la revitalización y extensión de la vigilancia de la salud en las empresas, con todas las implicaciones preventiva que se prevén en la LPRL.

Pero esto no ha sido así. Los problemas de concepto y las contradicciones normativas se han ido mencionando a lo largo de este dossier.

Son muchos los elementos que deber mejorar: el funcionamiento de los servicios de prevención, la acción pública de control y sanción, etc.

Hará falta una gran presión interna y externa. El sistema público de Salud tiene un papel fundamental en la presión externa. El hecho que sus competencias estén transferidas puede hacer que crezcan las diferencias ya observadas según CC.AA.

La presión interna la ejercen los trabajadores. Pero para ello han de estar informados de los riesgos que se hayan establecido para su trabajo y de sus derechos.

²⁴ Para hacerse una idea de la complejidad es útil visitar la página "[Instrucciones para reconducir las contingencias comunes \(IT\) a PROFESIONALES](#)"

Conclusiones

Aún hace falta adoptar medidas para mejorar el sistema de identificación y notificación de la enfermedad profesional, ya que todavía hay muchos disfuncionamientos, y de su eliminación depende en gran parte el ejercicio de derecho de los trabajadores a la protección de su salud en el trabajo.

Aunque se puede aducir que la normativa derivada del sistema de la Seguridad Social y la de Prevención de Riesgos laborales son independientes y no deberían interferirse, el caso es que los sujetos de estas actividades, los trabajadores/as, son los mismos. En ambas son los empresarios quienes deben cumplir con obligaciones que aunque en su espíritu son muy diferentes, se solapan en los hechos. Son los mismos Inspectores de Trabajo los que exigen el cumplimiento de ambas normativas y son los Médicos del trabajo a quienes se pide ambos tipos de actuaciones.

Para hacer avanzar la integración efectiva de la actividad preventiva en las empresas, se debería eliminar la duplicidad actual e integrar en un único corpus las obligaciones relacionadas con actividades sanitarias: las derivadas de la obligación preventiva y la relacionada con el aseguramiento de la seguridad social: debería existir una única norma que regule la actividad sanitaria de los profesionales médicos y en particular los reconocimientos, previos y/o periódicos, desde el punto de vista preventivo, como parte de la Vigilancia de la Salud, prevista en el artículo 22 de la LPRL y respecto al aseguramiento de la Seguridad Social.

Creemos que eliminando la obligación de la LGSS y reforzando el sistema de vigilancia de la salud, interno y externo a la empresa, se eliminaría la fuente de confusión respecto al carácter que deben tener las actividades sanitarias en el ámbito del trabajo, de la cual salen perjudicados los aspectos preventivos.

Así, los resultados de los reconocimientos médicos que se realice en el ámbito empresarial pasarían a formar, verdaderamente, parte de las actividades preventivas, y no lo que son ahora, meros trámites administrativos, cuyos resultados no repercuten ni en la mejora de las condiciones de trabajo ni tampoco en la mejor gestión del aseguramiento.²⁵

Se debe por fin solucionar el problema, tras 10 años de la LPRL, de los reconocimientos médicos inespecíficos, que representan un lastre para la actividad preventiva. Todo reconocimiento se debe insertar en un plan de prevención: debe partir, bien de la evaluación de riesgos, bien de daños ya ocurridos, y deben en este caso conducir a la corrección de la evaluación de riesgos.²⁶

²⁵ Los reconocimientos de otro tipo deberían considerarse mejora social <http://www.istas.ccoo.es/descargas/negociacion.pdf>

²⁶ En su caso, podrían ser parte de una mejora social (voluntaria, pactada en convenio), aunque como actividad distinta a la prevención de riesgos laborales.

Otros temas relacionados y pendientes

Se debería aún mejorar el tratamiento de los siguientes aspectos:

- Se debería redefinir el tratamiento de los casos que teniendo consideración científica de enfermedades, son considerados “accidentes” debido a las complejidades de nuestro sistema ²⁷
- Se deberían valorar cuales son los temas han llegado a la Justicia, para la mejor definición de los problemas. Ver ejemplo²⁸
- Definir más detalladamente la relación entre evaluación de riesgos y vigilancia de la salud ²⁹
- Redefinir la actividad sanitaria de los servicios de prevención, en especial la relación entre vigilancia de la salud y la calificación de la aptitud para el trabajo.
- Proteger a los trabajadores ante la declaración de “ineptitud sobrevenida”.

²⁷ Ver Ejemplo http://www.semst.org/noticias/noticias/noticia_49.html

²⁸ http://www.semst.org/noticias/noticias/noticia_41.html

²⁹ http://www.semst.org/noticias/noticias/noticia_33.html

Anexo 1: Artículos 196 y 197 de la Ley General de SS³⁰

Artículo 196. Normas específicas para enfermedades profesionales.

1. Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que hayan de ocupar aquéllos y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que, al efecto, dictará el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
2. Los reconocimientos serán a cargo de la empresa y tendrán el carácter de obligatorios para el trabajador, a quien abonará aquélla, si a ello hubiera lugar, los gastos de desplazamiento y la totalidad del salario que por tal causa pueda dejar de percibir.
3. Las indicadas empresas no podrán contratar trabajadores que en el reconocimiento médico no hayan sido calificados como aptos para desempeñar los puestos de trabajo de las mismas de que se trate. Igual prohibición se establece respecto a la continuación del trabajador en su puesto de trabajo cuando no se mantenga la declaración de aptitud en los reconocimientos sucesivos.
4. Las disposiciones de aplicación y desarrollo determinarán los casos excepcionales en los que, por exigencias de hecho de la contratación laboral, se pueda conceder un plazo para efectuar los reconocimientos inmediatamente después de la iniciación del trabajo.

Artículo 197. Responsabilidades por falta de reconocimientos médicos.

1. Las Entidades gestoras y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social están obligadas, antes de tomar a su cargo la protección por accidente de trabajo y enfermedad profesional del personal empleado en industrias con riesgo específico de esta última contingencia, a conocer el certificado del reconocimiento médico previo a que se refiere el artículo anterior, haciendo constar en la documentación correspondiente que tal obligación ha sido cumplida. De igual forma deberán conocer las entidades mencionadas los resultados de los reconocimientos médicos periódicos.
2. El incumplimiento por parte de la empresa de la obligación de efectuar los reconocimientos médicos previos o periódicos la constituirá en responsable directa de todas las prestaciones que puedan derivarse, en tales casos, de enfermedad profesional, tanto si la empresa estuviera asociada a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, como si tuviera cubierta la protección de dicha contingencia en una entidad gestora.
3. El incumplimiento por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de lo dispuesto en el apartado 1 de este artículo les hará incurrir en las siguientes responsabilidades:

³⁰ http://www.seg-social.es/inicio/?MIval=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID=2105

- a) Obligación de ingresar a favor de los fines generales de prevención y rehabilitación, a que se refiere el artículo 73 de la presente Ley, el importe de las primas percibidas, con un recargo que podrá llegar al 100 por 100 de dicho importe.
- b) Obligación de ingresar, con el destino antes fijado, una cantidad igual a la que equivalgan las responsabilidades a cargo de la empresa, en los supuestos a que se refiere el apartado anterior de este artículo, incluyéndose entre tales responsabilidades las que procedan de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 123 de esta Ley.
- c) Anulación, en caso de reincidencia, de la autorización para colaborar en la gestión.
- d) Cualesquiera otras responsabilidades que procedan de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus disposiciones de aplicación y desarrollo.

Anexo 2: Artículos de la LISOS

Artículo 12.2 de la LISOS³¹, ³²

- (2) *No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan **conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales**, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados.*
- (3) *...no llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes*
- (4) *No registrar y archivar los datos obtenidos en las evaluaciones, controles, reconocimientos, investigaciones o informes a que se refieren el [artículo 16](#), el [artículo 22](#) y el [artículo 23](#) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*

Artículo 12. 7. 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.

Artículo 13.4 La adscripción de los trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales conocidas o que 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

³¹ 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. BOE núm. 189, de 8 de agosto.

<http://www.mtas.es/insht/legislation/RD/lisos.htm>

³² http://www.060.es/te_ayudamos_a/legislacion/disposiciones/19157-ides-idweb.html

en consideración sus capacidades profesionales en materia de seguridad y salud en el trabajo, cuando de ello se derive un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores.

Anexo 3: Buenas prácticas en la Vigilancia de la salud

CRITERIOS BÁSICOS PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: DECÁLOGO SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO

PERE BOIX, FERNANDO G. BENAVIDES, GUILLERMO SORIANO,
NEUS MORENO, JOSE M^a ROEL, MONTSERRAT GARCÍA GÓMEZ

1. LA VIGILANCIA DE LA SALUD ES UN COMPONENTE ESENCIAL DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La vigilancia de la salud es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales y, como tal, una actividad que debe integrarse necesariamente en todas las fases de la intervención preventiva como parte inseparable de la actuación multidisciplinar de los Servicios de Prevención.

La prevención supone un conjunto de actuaciones orientadas a evitar los daños a la salud, por lo que su referente fundamental, tanto para identificar los problemas como para verificar la idoneidad de las soluciones, no es otro que el propio estado de salud de los trabajadores.

La vigilancia de la salud, en tanto que recogida sistemática de información sobre dicho estado de salud de los trabajadores, es una fuente de información imprescindible para la evaluación de los riesgos y de la eficacia de las medidas preventivas.

La información proporcionada por la vigilancia de la salud permite, además, detectar precozmente pérdidas de salud individual, formular hipótesis de causa-efecto y facilitar la adaptación del puesto de trabajo a la persona.

La vigilancia de la salud no debe utilizarse como sustitutiva de las medidas necesarias para evitar o controlar la exposición a riesgos.

2. LA VIGILANCIA DE LA SALUD SUPONE UNA NUEVA ORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN EL CAMPO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

La vigilancia de la salud implica una nueva orientación preventiva de la actividad sanitaria en el campo de la Medicina del Trabajo superadora de la tradicional actuación puramente asistencial.

Los profesionales sanitarios en Medicina y Enfermería del Trabajo asumen la función de estudiar y analizar la interacción entre las personas y las condiciones de trabajo en una situación concreta con el fin de detectar posibles daños a la salud y facilitar así las actuaciones encaminadas a evitar su progresión, su extensión o su reiteración.

Para cumplir dicha función, los profesionales sanitarios necesitan disponer de informaciones producidas por otros prevencionistas sobre la entidad de los riesgos presentes en cada puesto de trabajo.

A su vez, la actividad de los profesionales sanitarios genera información sobre los eventuales efectos de dichos riesgos y sobre la idoneidad del puesto de trabajo en relación con el estado de salud del trabajador.

3. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO ES UNA ACTIVIDAD EXCLUSIVAMENTE ASISTENCIAL

La vigilancia de la salud no se agota en los reconocimientos médico-diagnósticos individuales sino que abarca un conjunto de actividades de recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores tanto a partir de datos objetivos como subjetivos, provenientes de fuentes primarias o secundarias, y organizados como datos individuales o agregados.

Además de los exámenes médicos, otros procedimientos como el control de indicadores biológicos, las encuestas de salud, la utilización de técnicas cualitativas o los estudios

epidemiológicos constituyen fuentes de información muy importantes en un sistema de vigilancia de la salud de los trabajadores.

La vigilancia de la salud requiere, por tanto, una capacitación profesional no sólo para la atención integral especializada de enfermedades laborales sino también para la gestión y el análisis de información sanitaria, lo cual permite la incorporación de otros profesionales sanitarios además de los de formación puramente médico-clínica.

4. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEBE ABARCAR LO INDIVIDUAL Y LO COLECTIVO

Un sistema integral y coherente de vigilancia de la salud no sólo incluye una valoración individual del estado de salud de los trabajadores, sino también el estudio sistemático de los patrones de salud y enfermedad en los diferentes colectivos laborales.

Los exámenes de salud son el medio más habitual para valorar la salud individual de los trabajadores. De sus resultados se obtiene información sobre la necesidad de adaptar un determinado puesto de trabajo según las aptitudes del trabajador (prevención primaria) o sobre una eventual afectación precoz de la salud individual que requiere una actuación preventiva inmediata para evitar un deterioro mayor (prevención secundaria).

Un tratamiento epidemiológico sistemático de los resultados de estos exámenes permite, además, un mejor conocimiento sobre las relaciones entre trabajo y salud no sólo en un sentido *negativo* (detección de riesgos a partir del daño), sino también *positivo* (verificar la eficacia de la prevención comprobando la disminución o ausencia de daños), con lo que se refuerza el papel de la vigilancia de la salud como instrumento para la prevención primaria.

5. LA VIGILANCIA DE LA SALUD ES UN ELEMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

En términos de salud, la relación entre un trabajador y el medio ambiente laboral no puede considerarse aisladamente.

Múltiples interacciones entre condiciones laborales y extralaborales, entre exposiciones ambientales y patrones culturales, entre comportamientos individuales y condiciones socioeconómicas, acaban siendo determinantes del nivel de salud de las personas.

No es posible, por ello, plantear con coherencia una vigilancia de la salud integral del trabajador exclusivamente orientada a los factores de riesgo específicos de su trabajo sin tener en cuenta otros elementos como el estado nutricional, los hábitos individuales, la diversidad de género o los condicionantes propios de la edad.

Por otra parte, razones de efectividad, aconsejan la integración en un mismo sistema de vigilancia de la salud de las enfermedades comunitarias más prevalentes (p.e. cardiovasculares) además de las relacionadas con el trabajo.

6. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REQUIERE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ESPECÍFICOS SEGÚN LOS RIESGOS

Un protocolo de vigilancia de la salud no es sino un plan secuencial para la obtención de informaciones sobre los problemas de salud.

La protocolización de la vigilancia de la salud permite superar los exámenes médicos rutinarios, facilita el estudio de los problemas de salud específicamente relacionados con el riesgo laboral y garantiza una actuación homogénea y científicamente rigurosa.

Un protocolo no debe reducirse a un sistema de registro ni actuar como un corsé sino servir de guía para la obtención progresiva de las informaciones adecuadas de cara al conocimiento de los problemas de salud en cada situación concreta.

En los protocolos de vigilancia de la salud deberían incluirse indicaciones sobre las diferentes fuentes de información disponibles para el estudio de cada problema específico así como sobre el análisis sistemático de las distintas informaciones.

Un protocolo específico en salud laboral es perfectamente compatible con actividades de vigilancia en salud comunitaria. Del mismo modo, debería incluirse la detección de enfermedades laborales en los exámenes de salud generales por parte del Sistema Nacional de Salud, especialmente cuando la naturaleza de los riesgos aconseje una vigilancia postocupacional.

7. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEBE RESPETAR LA INTIMIDAD DE LOS TRABAJADORES Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La recopilación de informaciones para la vigilancia de la salud debe guiarse estrictamente por objetivos de prevención de riesgos y de mejora de las condiciones de trabajo así como de protección de la salud del propio trabajador o de terceras personas. Estos objetivos son los que determinan qué informaciones son necesarias, cómo obtenerlas y quién debe acceder a ellas.

Todas las actividades de vigilancia de la salud deben someterse a los principios éticos de la investigación científica y de la deontología profesional y respetar el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos sanitarios.

El acceso a los datos y a los archivos médicos individuales debe restringirse sólo a los profesionales sanitarios.

Los datos personales sobre la salud deben estar accesibles para cada trabajador y no pueden ser comunicados a terceras personas sin su expreso consentimiento.

No obstante, y siempre manteniendo el sigilo profesional y el anonimato, los datos agregados deben estar al alcance de las personas con funciones y competencias en salud laboral al objeto de posibilitar la utilización con fines preventivos de los resultados de la vigilancia de la salud.

8. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO DEBE GENERAR DISCRIMINACIÓN LABORAL

Los resultados de las actividades de vigilancia de la salud no deben ser utilizados con finalidades discriminatorias ni en perjuicio de los intereses del trabajador.

La voluntariedad y el consentimiento informado de los trabajadores, ejercidos tanto individualmente como mediante mecanismos de participación colectiva, constituyen principios esenciales en este terreno.

Se debe evitar especialmente la utilización de la vigilancia de la salud como método de selección de trabajadores resistentes al riesgo. Los exámenes de salud deben orientarse a la prevención y no a la selección. En los exámenes de salud previos a la asignación de una tarea se evitarán valoraciones sobre requerimientos psicofísicos no justificados. En los exámenes de salud se tenderá a sustituir el concepto de «aptitud» del trabajador por el de «adaptación» del puesto de trabajo. Se rechaza explícitamente la utilización del llamado *screening genético* para valorar la predisposición o susceptibilidad individual de los trabajadores frente al riesgo.

Debe evitarse la pérdida de empleo por motivos de salud promoviendo en su lugar la adaptación del puesto de trabajo o la asignación de tareas alternativas como soluciones más idóneas.

9. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO DEBE CONFUNDIRSE CON EL CONTROL DEL ABSENTISMO

El registro de ausencias y bajas laborales por motivos de salud representa una fuente de información sobre la incidencia de diversas patologías que pueden estar relacionadas con el trabajo.

El estudio y análisis de esta información puede ayudar a identificar si existe realmente alguna relación entre la enfermedad que motiva la baja y la exposición a riesgos en el lugar de trabajo. Para ello, es necesario que los profesionales sanitarios tengan acceso a los datos sobre la incapacidad temporal por enfermedad y los analicen de una manera sistemática.

Sin embargo, dichos profesionales no deben verse involucrados en la gestión administrativa ni en el control disciplinario del absentismo, dado que no se trata de funciones propiamente sanitarias y que, por otra parte, pueden suponer un quebranto de la relación de confianza que se presupone en todo acto médico y también en la vigilancia de la salud.

10. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REQUIERE INDEPENDENCIA PROFESIONAL

De acuerdo con los principios del Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral, los profesionales sanitarios deben asesorar con rigor e imparcialidad tanto a los empresarios como a los trabajadores y a sus representantes en todo lo relativo a la vigilancia de la salud. Deben cumplir fielmente la normativa sobre calificación y notificación de las enfermedades profesionales prestando su apoyo profesional a los trabajadores afectados para el reconocimiento e indemnización de las víctimas. Los profesionales sanitarios deben tener la capacitación adecuada para cumplir con rigor sus funciones en materia de vigilancia de la salud, recurriendo cuando sea necesario a un adecuado apoyo especializado. Igualmente deben establecer lazos de cooperación entre el resto del equipo multidisciplinar encargado de la prevención y actuar coordinadamente con el Sistema Nacional de Salud. El mantenimiento efectivo de la independencia profesional requiere de una adecuada protección normativa así como de suficientes garantías contractuales.

Anexo 4: Garantías para los trabajadores contenidas en el art. 22 de la LPRL, sobre Vigilancia de la salud

Carácter voluntario:

- Excepciones - previo informe de los representantes de los trabajadores:
 - cuando la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores
 - para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo o para otros
 - cuando se establezca en una disposición legal para la protección de riesgos específicos o en actividades de especial peligrosidad
- > Efectos sobre la responsabilidad empresarial

Intimidad y dignidad

Especialmente cuando se elimina la voluntariedad:

- En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.
- Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

Confidencialidad

La LPRL asegura la confidencialidad de toda la información médica. LISOS

- a disposición sólo de personal sanitario
- conclusiones comunicadas a la empresa a efectos de que pueda desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva: idoneidad para el puesto y necesidad de mejorar las medidas de prevención
- Conclusiones comunicadas al interesado@

No discriminación

La no discriminación, aparentemente, está asegurada: *Los datos relativos*

a la vigilancia de la salud no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador

Anexo 5

ISTAS, Risc tox: Enlace al listado de sustancias asociadas a [Enfermedades profesionales](#) y a las fichas informativas de cada sustancia