

El reconocimiento de la enfermedad profesional.

**El largo periplo para el reconocimiento
del carácter “profesional”
de las enfermedades derivadas del trabajo**

FINANCIADO POR:

COD. ACCIÓN: EI2017-0002



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



istas

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de la entidad ejecutante y no refleja necesariamente la opinión de la Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales.



Introducción

Las personas no deberían enfermar debido a sus condiciones de trabajo; eso es de justicia y es la razón de ser de la normativa de prevención de riesgos laborales y de parte de nuestra normativa de seguridad social. Si, a pesar de ello, alguien enferma por su trabajo, por un fallo preventivo, la normativa dispone que se ha de poner en marcha toda una serie de actuaciones por parte de empresas, instituciones públicas como el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y las Mutuas, las autoridades laborales y sanitarias, etc. Todas estas entidades tienen la obligación de contribuir al reconocimiento del origen laboral de las dolencias y a que se hagan efectivas todas las acciones correctoras previstas en la normativa para estos casos; y además, resarcir a la persona que ha enfermado.

Sin embargo, esto no suele ocurrir. La mayor parte de las enfermedades del trabajo, en España, permanecen “ocultas” y el sistema sanitario las trata como enfermedades “comunes”. Esta situación viene facilitada por el hecho de que nuestro sistema público de salud proporciona atención sanitaria sin ahondar en las causas laborales (ni ambientales) de las enfermedades.

Cuando una enfermedad tiene que ver con el trabajo y este hecho se llega a notificar debidamente, queda “oficialmente” declarada como **contingencia profesional** de la Seguridad Social y de este hecho se derivan importantes implicaciones para las personas que sufren la enfermedad, para el **sistema de prevención de riesgos laborales, para las cuentas públicas y para la sociedad**.¹ Una de estas implicaciones es que la persona tendrá **acceso a una serie de prestaciones** del sistema la Seguridad Social solo para los casos así reconocidos, y que se exponen en esta Guía.

Por el contrario, si la dolencia no es reconocida como contingencia profesional, el daño producido por el trabajo permanece invisible para la sociedad. Una implicación obvia es que no se contabilizará en las estadísticas oficiales. Las estadísticas demuestran que el sistema de seguridad social no reconoce buena parte de las enfermedades derivadas del trabajo.

¹ La Ley de Prevención de riesgos laborales tiene como objetivo evitar los «**daños derivados del trabajo**». Dicha ley define esos daños como “**enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo**.” Mientras, en la **Ley General de Seguridad Social**, en paralelo, está definido otro concepto, que es el de **enfermedad profesional** (EEPP), que junto al de **accidente de trabajo** constituyen las **contingencias profesionales**.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Tiende a reconocer los casos leves y sin baja pero raramente reconoce la mayor parte de las enfermedades complejas y crónicas, como cánceres, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, etc. Además, la situación no está mejorando: el número de casos graves es inferior hoy al de hace 20 años; desde entonces, el número de enfermedades mortales no ha sido nunca superior a 4 al año, y la mayor parte de años de ese periodo no ha reconocido ninguna; por último, se observan importantes desigualdades territoriales y de género.

Las enfermedades que no se visibilizan no son objeto de las políticas públicas de prevención de riesgos laborales. Las enfermedades profesionales reconocidas y compensadas representan sólo una pequeña fracción de los problemas de salud causados por el trabajo. El problema de la no-notificación afecta tanto a enfermedades causadas por factores bien conocidos desde hace generaciones como a factores nuevos, asociados a nuevos procesos, a transformaciones en la organización del trabajo o al uso de las numerosísimas sustancias químicas cuyos riesgos a largo plazo no se conocen.

El encubrimiento de enfermedades relacionadas con el trabajo afecta más a las mujeres que a los hombres. El ejemplo más sangrante es el del cáncer ocupacional: mientras que en países de nuestro entorno se reconocen cientos o miles de casos, en España los casos que se reconocen cada año se cuentan con los dedos de una mano, y es especialmente notable que son muy pocas las trabajadoras que consiguen que se les reconozca que su cáncer ha sido causado por el trabajo. Esto se explica, por una parte, a que la mayor parte de los casos de cáncer reconocidos como de origen laboral están asociados a la exposición al amianto o a la sílice, y que se dan principalmente en actividades que en el pasado estaban absolutamente masculinizadas, y por otra, se siguen ignorando los casos de cáncer debidos a otro tipo de exposiciones laborales.

Un aspecto importante del reconocimiento como enfermedades profesionales es que estas dan lugar a la obligación empresarial y pública de investigar sus **causas**, y también dan lugar a eventuales sanciones administrativas al empresario por incumplimientos preventivos, impuestos por la Autoridad Laboral, o a eventuales condenas penales, o bien favorecer las indemnizaciones civiles.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



A pesar de que múltiples investigaciones científicas y las abundantes declaraciones de políticas públicas que reconocen la importancia de la correcta calificación de las enfermedades y los principales fallos, en la práctica, no se hacen todos los esfuerzos necesarios para la adecuada clasificación de los daños a la salud derivados del trabajo.

En esta guía se exploran los fallos y las principales medidas que se están tomando para solucionar las deficiencias en el funcionamiento del sistema.

En las soluciones deberían tener un protagonismo especial las propias Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MUCSS) que gestionan las contingencias profesionales. Sin embargo, posiblemente por estar gestionadas, en su mayor parte, por entidades de carácter privado (aunque sujetas al control de la autoridad laboral) no están realmente comprometidas con la modificación de la situación actual.

Algunas respuestas negativas a la solicitud de reconocimientos se encuadran en la típica respuesta de que “el caso” no cuadra con alguno de los criterios establecidos en la normativa de Seguridad Social (que expondremos en esta guía). Sin embargo, muchas denegaciones de reconocimiento se deben a una interpretación restrictiva indebida de los criterios normativos, lo cual permite que los juzgados corrijan las decisiones mal fundamentadas.

Además, los fallos en el sistema preventivo (evaluación de riesgos, formación e información, etc.) provocan que no todas las personas que sufren enfermedades relacionadas con el trabajo tengan consciencia del origen laboral de su dolencia.

Y de éstas solo algunas se deciden a reclamar el reconocimiento formal del origen laboral de su dolencia y acceder así a las prestaciones previstas en el sistema de Seguridad Social. Esto es así porque el sistema impone que el cambio de contingencia requiere recorrer **un largo periplo**. Las estaciones en este periplo son múltiples revisiones médicas, gestiones burocráticas y muchas veces una o varias demandas judiciales. Este recorrido para acceder al reconocimiento resulta penoso y poco atractivo desde el punto de vista económico (las compensaciones económicas son bajas) y todo ello se suma al sufrimiento que se deriva de la pérdida de salud o la pérdida de un familiar, en el caso en que sean los familiares los que reclamen.



Los objetivos de esta publicación

El primer objetivo es el de exponer cómo es este periplo y aportar ejemplos reales.

El siguiente objetivo es presentar diversas iniciativas que ya están en marcha tanto desde el ámbito sindical como las políticas públicas puestas en marcha desde comunidades autónomas y otros organismos que se esfuerzan en corregir esta situación.

Desde que se introdujo la posibilidad de la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales, a través del órgano competente que designe cada CCAA². Muchas de estas CCAA han desarrollado mecanismos para articular esta comunicación, a través de sistemas de alertas y similares. También se exponen otras experiencias de iniciativas públicas. Se expone, por su relevancia e impacto, también el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA). En el texto se exponen más detalles de estos mecanismos y de otros programas territoriales.

Las organizaciones sindicales también realizan ingentes esfuerzos tanto para que se incremente la notificación de EEPP como para que se logre la mejora de los mecanismos y cauces para reconocer los daños derivados del trabajo como contingencias profesionales. Las principales razones detrás de este esfuerzo son la percepción de que es necesario: (1) lograr que todas las personas que han sufrido daños a la salud derivados del trabajo puedan acceder a las prestaciones establecidas en el sistema de Seguridad Social, independientemente de su ocupación y el tipo de daño sufrido; independientemente de la comunidad autónoma en la que residen y del tipo de contrato de trabajo, tamaño de empresa, etc.; (2) conseguir que los daños del trabajo se hagan visibles, tanto en el ámbito de las empresas, como en el ámbito de la sociedad, para el reforzamiento de la prevención de riesgos laborales, lo que favorecerá que se adopten políticas públicas de prevención efectivas y dispositivos de vigilancia de salud

² A través del 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 establece un nuevo procedimiento de notificación y registro supuso la una reforma del sistema de notificación y registro que perseguía hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



A lo largo de **este texto se exponen con más detalle estas motivaciones así como las principales vías de trabajo que se han emprendido, con ejemplos.**

Esta Guía parte de la creencia de que dadas las importantes consecuencias médico-legales para la persona afectada, para la empresa y para el conjunto de la sociedad, todos los agentes que intervienen en la prevención o en el reconocimiento de los daños del trabajo han de contribuir a superar las dificultades, que no son insalvables.

En esta guía se anima a todas estas personas implicadas a asumir un papel activo en la mejora del reconocimiento de los daños a la salud derivados del trabajo, haciendo una indagación permanente de la relación entre condiciones de trabajo, exposiciones a riesgos laborales y efectos en la salud.

Agradecemos al personal de los gabinetes de salud laboral de CCOO y de los gabinetes jurídicos de CCOO que nos han facilitado información, a todas las personas que han contribuido a hacer realidad esta publicación, aportando sus observaciones y muy particularmente a las trabajadoras y a los trabajadores que han accedido a compartir sus experiencias en el largo periplo para que sea reconocido el carácter profesional de sus enfermedades.

Autoría: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO)

Diseño y producción: QAR Comunicación, SA

Esta publicación se realiza al amparo de la convocatoria de acciones intersectoriales 2017 de la FEPRL FSP en el marco del proyecto “Herramientas para la prevención. Portal de recursos para la información, sensibilización y promoción de la normativa para pymes” (EI2017-0002).



Índice

Introducción	1
Prestaciones del sistema de Seguridad Social para los casos reconocidos como “contingencia profesional”	7
Daños a la salud derivados del trabajo en la LPRL.....	9
Las contingencias profesionales de la LGSS	10
Efectos del no-reconocimiento.....	17
Causas del no-reconocimiento	19
Procedimientos para la declaración / notificación	24
Las personas afectadas pueden solicitar el cambio de contingencia.....	25
Políticas y circuitos para facilitar la detección de casos de enfermedades causadas por el trabajo y la notificación de EEPP	27
Ejemplos de sistemas desarrollados por CCAA	29
Otro mecanismo público: el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA)	33
Acción de CCOO para el reconocimiento de la EEPP	36
El papel de las/os delegadas/os de prevención en la empresa.....	36
Aportación de CCOO e ISTAS al conocimiento científico-técnico y a la divulgación del conocimiento	39
Acción Sindical movilizadora / Acción sindical Institucional / diálogo social	40
Intervenciones recientes	41
Participación en la Comisión Nacional para el desarrollo de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	44
Grupo de trabajo de EEPP del Instituto Nacional de la Seguridad Social	46
Asesoramiento técnico-legal para el cambio de contingencia.....	49
Impulso a iniciativas legislativas	51
Estudio de casos	52
Caso 1: Trabajador que desarrolla mesotelioma pleural por exposición al amianto	53
Caso 2: Silicosis en trabajos con placas tipo “Pladur”	57
Caso 3: Trabajadora de Ayuda a Domicilio afectada por el síndrome del Túnel Carpiano	64
Caso 4: limpiadora con Tenosinovitis estenosante digital.....	66
Caso 5: limpiadora que sufre una epicondilitis	69
Conclusiones del estudio de casos.....	72
Conclusiones generales	74
Referencias	77
Anexo: marco normativo	79



Prestaciones del sistema de Seguridad Social para los casos reconocidos como “contingencia profesional”

La calificación como contingencia profesional de un caso de daño a la salud relacionado con el trabajo da acceso a prestaciones y compensaciones económicas y a un tratamiento sanitario diferenciado, a los que solo se accede tras el reconocimiento de una contingencia profesional por el INSS.

Estas son:

- **Asistencia sanitaria:** cobertura íntegra de gastos no cubiertos por enfermedad común (incluyendo por ejemplo los desplazamientos para tratamientos).
- **Medicamentos:** son totalmente gratuitos (mientras que en la común se paga el 40% del precio de los medicamentos).
- **No hay periodo de carencia** en la cotización para el derecho a prestaciones.
- **Incapacidad temporal:** el subsidio por incapacidad temporal será del 75% de la base reguladora a partir del día siguiente de la baja médica y durante todo el proceso que dure la baja. Este porcentaje es más alto que en caso de contingencia común, en la que se calcula el 60% de la base reguladora del cuarto día al vigésimo, ambos inclusive, siendo los 3 primeros días a cargo del trabajador o trabajadora y sólo se percibe el 75% de la base reguladora por contingencia común desde el día 21 en adelante³.
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como **incapacidad permanente**, en cualquiera de sus grados: la persona cobra una **pensión vitalicia**, según el grado, compatible o no con el trabajo.
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como **lesiones permanentes no invalidantes**, tras la declaración, la persona recibe una

³ Hay convenios colectivos que tienen pactado el cobro del 100% desde el primer día para la contingencia profesional, y en alguno también para la común.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



indemnización de cobro único, cuya cuantía variará teniendo en cuenta la base reguladora y la incapacidad resultante, o cobra un baremo indemnizatorio por ese daño irreversible no limitativo de la capacidad de trabajar en la ocupación habitual.

- **El cálculo de la base reguladora para las prestaciones** en el caso de contingencias profesionales se hace sobre un periodo más breve que en el caso de contingencia común, con lo cual suele salir mejor remunerado, y también se toman en cuenta las horas extras realizadas durante el año anterior. Esto también afecta a las prestaciones por muerte y supervivencia.
- Al igual que en el caso de accidente de trabajo, cuando la enfermedad profesional se haya producido por falta de medidas de prevención, el INSS puede determinar un incremento de las prestaciones económicas que se pudieran derivar (subsido de incapacidad temporal, indemnizaciones a tanto alzado, pensiones vitalicias, subsidios, etc.), según la gravedad de la infracción que determine (de un 30% a un 50%). El pago de esta prestación recae directamente sobre el empresario. Aunque el recargo de prestación puede venir por iniciativa de la propia Inspección (tras investigar de oficio las causas de la enfermedad profesional declarada), y lo resuelve el INSS, los perjudicados lo pueden solicitar mediante denuncia ante la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social. Para ello, la persona afectada, sus familiares y/o delegados de prevención pueden interponer una denuncia ante la Inspección de Trabajo solicitando el **recargo de prestaciones**⁴. También la pueden solicitar directamente ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
- Si la contingencia es declarada como “profesional” se obtiene una buena base para solicitar una indemnización, por la vía judicial, por incumplimientos empresariales de la normativa de riesgos laborales.

⁴ El recargo de prestaciones se aplica a las empresas cuando la contingencia profesional, accidente o enfermedad, se deriva del incumplimiento o inobservancia de la normativa sobre prevención de riesgos laborales por parte del empresario. El recargo tiene carácter sancionador de la infracción de normas de prevención y se aplica cuando hay una relación causal entre el comportamiento del empresario y el resultado lesivo sufrido por el trabajador. También tiene carácter indemnizatorio, ya que compensa al trabajador por el daño, más allá de la prestación de la Seguridad Social; es decir, viene a reforzar la prestación a los trabajadores.



Daños a la salud derivados del trabajo en la LPRL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) impone al empresario identificar, modificar o eliminar cualquier característica de las condiciones de trabajo que pueda perjudicar la salud de la/os trabajadora/es; esta obligación se fundamenta en la obligación de actuar para **proteger** la salud, evitando que las personas contraigan enfermedades con motivo u ocasión del trabajo (*Artículo 14*). La LPRL establece (artículo 4.3) que “se considerarán como **«daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.**” En ese sentido aporta un listado del tipo de condiciones de trabajo que pueden intervenir para causar daños:

*Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador o de la trabajadora⁵. 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.”

⁵ El artículo 4.2 establece que: “se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.”



Las contingencias profesionales de la LGSS

Los daños a la salud «*derivados del trabajo*», sin embargo, no dan acceso a las prestaciones de Seguridad Social (señaladas más arriba) a menos que obtengan el reconocimiento de como **contingencia profesional** de acuerdo a la normativa de Seguridad Social. Es decir: los daños derivados del trabajo dan lugar a la acción protectora de la seguridad social tras ser reconocidos por el sistema de seguridad social. Para ello suceda, hay varias vías.

Notificación de enfermedades incluidas en el Anexo 1 del Cuadro

La vía más directa es la **declaración de enfermedad profesional** por parte de un **facultativo médico** de la entidad que gestiona las contingencias profesionales de la Seguridad Social, que tras el diagnóstico, elabora y tramita un **parte de enfermedad profesional**. A la hora de emitir dicho parte ha de verificar que este cuadra en la definición de EEPP de la normativa de **Seguridad Social**⁶, que es más restrictiva que en la LPRL⁷

En el marco de la LGSS, un daño a la salud o una enfermedad vinculada con el trabajo puede llegar a ser calificado como contingencia profesional si se dan ciertas **condiciones previas**.⁸

- La persona debe estar afiliada y en alta a la Seguridad Social o estar en situación asimilable.
- La persona que ha enfermado debe tener cubierta la contingencia por Accidentes y Enfermedades Profesionales (en cualquier régimen).⁹ Desde el uno de enero de

⁶ Sobre contingencias profesionales, ver los artículos 156, 157, 158 y 159 de la LGSS (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social) en http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/095093

⁷ Ambas definiciones conviven según explica la Disposición Adicional Primera de la LPRL: *Sin perjuicio de la utilización de las definiciones contenidas en esta Ley en el ámbito de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, tanto la definición de **los conceptos de accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente no laboral y enfermedad común**, como el régimen jurídico establecido para estas contingencias en la normativa de Seguridad Social, continuarán siendo de aplicación en los términos y con los efectos previstos en dicho ámbito normativo.*

⁸ El Art. 157 de la Ley General de Seguridad Social define la enfermedad profesional 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."*

⁹ Como se expone más abajo, los trabajadores y las trabajadoras que no se encuentran en situación de alta en la Seguridad Social (sea porque de manera fraudulenta el empresario los ha tenido trabajando en esa situación, sea porque la enfermedad aparece tras haber cesado la relación contractual con la empresa, jubilación, etc.) han de dirigirse directamente al Instituto Nacional de la Seguridad Social para solicitar su pronunciamiento al respecto de la correcta determinación del carácter profesional de su enfermedad.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



2019 todas las personas trabajadoras por cuenta propia han de tener las tres prestaciones cubiertas: contingencia común, contingencia profesional y cese de actividad. La protección se hace a través de mutua colaboradora.

- La persona debe haber enfermado debido a elementos o sustancias que se indican en un listado oficial, denominado “Cuadro de Enfermedades Profesionales”, publicado como Anexo 1 al Real Decreto 1299/2006.¹⁰ Dicho cuadro codifica las enfermedades que el Sistema de Seguridad Social contempla para su reconocimiento, y las organiza en seis capítulos. En cada uno de estos capítulos, se detallan enfermedades, agentes causales en el medio laboral y actividad/es laboral/es en los que pueden estar presentes. Los seis capítulos del “cuadro” son los siguientes:

1º Enfermedades causadas por agentes químicos: metales como el cromo, mercurio, níquel, arsénico, plomo, etc. Otros Agentes Químicos como los halógenos (cloro, flúor, etc.), ácidos inorgánicos (nitrógeno, sulfúrico, etc.), ácidos orgánicos, alcoholes, hidrocarburos aromáticos (benceno, xileno, tolueno, etc.), poliuretano y un largo etcétera.

2º Enfermedades causadas por agentes físicos: por ejemplo: ruido, vibraciones mecánicas, movimientos repetitivos y posturas forzadas, radiaciones ionizantes, calor y frío, etc.

3º Enfermedades causadas por agentes biológicos: bacterias, virus, hongos, etc. capaces de provocar diversas enfermedades infecciosas y parasitarias

4º Enfermedades causadas por Inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados: agentes tales como polvos de sílice, de carbón, de amianto, de talco, metálicos.

5º Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en los anteriores apartados: metales, polvos de madera, productos farmacéuticos,

¹⁰ Anexo 1 del 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. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-22169>



El reconocimiento de la enfermedad profesional



agentes infecciosos, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, etc.

6º Enfermedades causadas por agentes carcinógenos: Destacan como agentes causantes de cáncer, el amianto, aminas aromáticas, arsénico, benceno y otros disolventes, cadmio, cromo, hidrocarburos aromáticos, níquel, radón, etc.

Para cada enfermedad, el Cuadro menciona las actividades más comunes en las que se puede entrar en contacto con el agente causal. Al no tener la lista una pretensión exhaustiva, el hecho de que una determinada actividad no esté mencionada en el cuadro para cierta enfermedad, no es un impedimento para que un caso no pueda ser calificado como profesional, con la condición de que se se pueda probar que la persona estuvo expuesta en su trabajo al agente.



Gráfico: Las contingencias profesionales son un subconjunto de los daños derivados del trabajo. Fuente: ISTAS.

Reconocimiento de enfermedades que no están en el Anexo 1 del Cuadro de Enfermedades profesionales

El Real Decreto 1299/2006 contiene, además del "Cuadro de Enfermedades Profesionales, el Real Decreto de Enfermedades Profesionales" (Anexo 1), una lista adicional, el Anexo 2. Este recoge una *Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y que en un futuro se podrían incluir en el Anexo 1*, que no hace mención de actividades capaces de producirla. La inclusión de una enfermedad en esta lista tiene con objetivo indicar que las evidencias científicas para pasarla al primer anexo todavía se está valorando;



El reconocimiento de la enfermedad profesional



si una persona contrae una enfermedad mencionada en este anexo, no puede ser reconocida como EEPP pero puede ser notificada como contingencia profesional por otras vías.

Además, las enfermedades que no cumplen con los requisitos establecidos para que pueda ser considerada como “enfermedad profesional”, mencionados más arriba, pueden llegar a ser notificadas por la vía del artículo 156 de la LGSS (punto 2 (letras e, f y g) y en el punto 3) que dispone que un caso de enfermedad puede ser notificado como contingencia profesional, asimilándolo a “accidente de trabajo” si se cumplen las condiciones siguientes:

- Que la enfermedad diagnosticada tenga causa exclusiva en el trabajo es decir, que se pueda establecer una relación causal entre la exposición laboral y dicha enfermedad.

Ejemplos de dolencias que han sido reconocidas como *contingencia profesional* a través de la figura “accidente de trabajo”:

- Enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en trabajadores cuya actividad implique trabajo manual pesado, posturas forzadas, posturas inclinadas, torsiones frecuentes, etc.
- También han sido reconocidos como accidentes afecciones como el *mobbing*, el *burnout* u otras ligadas a exposiciones a factores de riesgo psicosociales.
- También caben aquí lesiones que aparecen durante el tiempo de trabajo y en el lugar de trabajo.
 - Por ejemplo, afecciones cardíacas y otras patologías no traumáticas relacionadas con la carga de trabajo, infarto, ictus, etc.
- También se pueden notificar por esta vía casos en que enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por la persona trabajadora, se agraven como consecuencia de una lesión constitutiva de accidente.

Resumiendo, en este apartado se ha expuesto que no todos los «**daños derivados del trabajo**», definidos en la LPRL como **las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con**



El reconocimiento de la enfermedad profesional



motivo u ocasión del trabajo”, y que cuya prevención constituye el objeto de la misma (que manda que las empresas prevengan, identifiquen e investiguen), encajan en lo que nuestro sistema de Seguridad Social considera como “contingencia **profesional**”. Como muestra el gráfico (ver arriba) las contingencias profesionales son un constructo legal que abarca solo a una parte del conjunto de las enfermedades, patologías o lesiones que se pueden sufrir con motivo u ocasión del trabajo; es decir, son un subconjunto del total de las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Esta distinción que hace nuestro marco normativo no debería impedir que a las personas que enferman como consecuencia de su trabajo se les reconozca su derecho a que se les reconozca una contingencia profesional.

¿Qué tipo de daños a la salud pueden derivarse del trabajo? Una panorámica general de los agentes que causan enfermedades en el trabajo

Enfermedades musculares y óseas

- Trastornos musculoesqueléticos; son alteraciones de estructuras corporales como músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos y el sistema circulatorio, causadas o agravadas por el trabajo y el entorno en el que este se desarrolla.
- Las personas que padecen este tipo de trastornos pueden sentir dolor, incomodidad, entumecimiento o cosquilleo. También pueden experimentar inflamación en las articulaciones, disminución de la movilidad o de la fuerza de agarre de objetos y cambio de coloración en la piel de las manos o los dedos, etc.
- Muchas veces las personas reciben diagnósticos de «esguinces o distensiones», «lesiones por esfuerzos repetitivos» o «trastornos traumáticos acumulativos».
- Estos trastornos pueden resultar de trabajos que requieren:
 - La aplicación súbita de una fuerza extrema;
 - El ejercicio repetido de una fuerza aparentemente moderada que se prolonga durante un periodo de tiempo largo, especialmente cuando el trabajo se prolonga sin posibilidad de descansar y recuperarse del esfuerzo;
 - Posturas forzadas mantenidas, giros repetidos, etc.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Enfermedades respiratorias

- Enfermedades respiratorias (pulmón, garganta, nariz) como bronquitis crónica, asma, rinitis, alveolitis alérgica extrínseca provocada por diversos tipos de polvos, humos, gases o vapores.
- Enfermedades respiratorias producidas por agentes infecciosos o parasitarios (virus, bacterias, esporas, etc.).
- Silicosis, enfermedad fibrótica-cardiovascular derivada de la exposición a sílice cristalina.
- Asbestosis, cáncer del pulmón y mesotelioma derivados de la exposición al amianto (por ejemplo, por exposición a fibrocemento).

Enfermedades de la piel

- Dermatitis profesional por agentes químicos, biológicos y físicos.
- Dermatitis profesional por contacto con sustancias químicas.
- Infecciones cutáneas por agentes patógenos por contactos producidos a través de una lesión o a través de la superficie de la piel sana.
- Enfermedades de la piel derivadas de agentes físicos como el calor, el frío, las vibraciones y los agentes mecánicos como la fricción, la presión, o la luz solar.

Enfermedades cardiovasculares

- Hipertensión, infartos, anginas de pecho por exposición a problemas de organización del trabajo, grandes esfuerzos físicos o mentales, y exposición a agentes químicos.
- Varices por exposición a posturas mantenidas.

Cáncer

- Distintos tipos tumorales, en distintas localizaciones (ej.: pulmón, piel, sistema sanguíneo, etc.) provocados por la exposición a agentes carcinógenos (que pueden causar cáncer), por ejemplo:
 - Radiaciones (ionizante, ultravioleta, etc.).
 - Polvo de madera.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



- Metales (cadmio, cromo, níquel, etc.).
- Amianto.
- Productos químicos industriales (derivados del petróleo, plaguicidas, aminas aromáticas, cloruro de vinilo, etc.).
- Productos químicos medicinales (citostáticos, etc.).
- Productos químicos utilizados en limpieza y desinfección.
- Contaminación ambiental (humo del tabaco, gases de motores, etc.).
- Agentes biológicos oncogénicos, etc.

Enfermedades neurológicas

- Pérdida auditiva, irritabilidad y tensión nerviosa por exposición a agentes físicos (como ruido y vibraciones).
- Epilepsia, parálisis, etc. por exposición a agentes químicos (por ejemplo disolventes).
- Enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson.

Afecciones psicosociales

- Estrés causado por sobrecarga de trabajo, exposición a una organización deficiente del trabajo y/o de las tareas, con exceso de demandas, falta de autonomía y control sobre el trabajo, falta de apoyo, etc.

Alteraciones reproductivas

- Alteraciones de la salud reproductiva, tanto de hombres (disminución de la calidad del semen, cáncer de testículo y próstata) como de mujeres (fecundidad, problemas de desarrollo fetal como aborto, malformaciones y/o deficiencias funcionales) por exposición a agentes diversos:
 - Sustancias y medicamentos como citostáticos -usados en quimioterapia-, antivirales, gases anestésicos, disolventes, desinfectantes, materiales epoxi o resinas, etc.
 - Agentes físicos, como temperaturas muy altas o bajas, ruido, radiaciones ionizantes



El reconocimiento de la enfermedad profesional



(como rayos X), radiaciones no ionizantes, etc.

- Trabajo a turnos, alargamiento de la jornada de trabajo, trabajo nocturno.
- Esfuerzos físicos como levantar objetos pesados o permanecer de pie durante largos períodos de tiempo.

Agentes infecciosos.

Alteraciones endocrinas/ hormonales

- Alteraciones causadas por sustancias que afectan al sistema hormonal. Pueden acentuar o reducir la de algún sistema hormonal (por ejemplo, bloquear la actividad de una hormona, con afectaciones de la persona expuesta y/o de su descendencia (por ejemplo, perturbaciones del desarrollo neurológico y/o alteraciones conductuales, como trastorno de déficit de atención e hiperactividad, autismo, etc.).

Pueden producir cáncer de mama, trastornos del metabolismo (obesidad, diabetes), problemas cardiovasculares, y/o alteraciones y enfermedades neurológicas (ver arriba) y alterar la fecundidad (ver arriba).

Efectos del no-reconocimiento

Hay varios efectos muy negativos del hecho de que un daño a la salud derivado del trabajo no reciba la calificación de **enfermedad profesional**

- Sea cual sea la calificación de la enfermedad, la persona va a recibir la atención médica que necesite. Por defecto, se la dará el sistema sanitario público en lugar de recibirlo por parte de las entidades que aseguran este riesgo, las Mutuas o el INSS. Esto produce graves disfunciones:
 - El daño pasa por ser enfermedad “común” por lo que los costes de la atención sanitaria son asumidos por el Sistema Público de Salud y no por el sistema específico de la Seguridad Social que se nutre de las cotizaciones por contingencias profesionales.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



- Las personas que sufren el daño no accederán a la cobertura adicional de Seguridad Social establecida para estos casos lo cual acarrea un perjuicio económico para la persona, que se agrega al perjuicio que ocasiona la pérdida de salud (ver arriba).
- Las estadísticas oficiales de enfermedades del trabajo solo contabilizan aquellos daños a la salud registrados como “contingencia profesional” por el sistema de Seguridad Social.¹¹ En todo caso, las enfermedades calificadas como contingencias profesionales apenas representan una pequeña parte del impacto negativo del trabajo en la salud, “la punta del iceberg”. El subregistro induce a subvalorar la importancia de los daños del trabajo y ello afecta a la percepción social de la importancia de la prevención de riesgos laborales. Corregir dicho subregistro tendría el efecto de reorientar las políticas sociales, de modo que contribuyan a proteger, en particular, a los colectivos más expuestos y vulnerables.
- El ocultamiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo resulta más acusado en sectores feminizados y es especialmente alto en el ámbito de los cánceres que afectan a las mujeres. Muy pocas trabajadoras consiguen que se reconozca que su cáncer ha sido causado por el trabajo. Además, la atención tiende a centrarse en sectores tradicionales como la industria, la minería y la construcción, quedando desatendidos otros como el sector de los servicios de limpieza, hostelería, restauración y sectores en expansión como los servicios de comunicación e informática, etc.

¹¹ Pueden estar contabilizados específicamente como EEPP en el sistema CEPROSS o bien asimilados a accidente de trabajo y reflejados en las estadísticas PANOTRATSS.

El art. 156.2 de la Ley General de la Seguridad Social (RDL 8/2015) en su letras e) y f), permite registrar ciertos daños del trabajo como accidentes de trabajo aunque no hayan ocurrido de forma súbita e inesperada, sino que manifiestan los efectos de forma diferida en el tiempo. Sirve por tanto para registrar, como contingencia profesional, aquellos casos de enfermedad para los que se reconoce que la pérdida de salud deriva del trabajo pero que, al no figurar en el cuadro de enfermedades profesionales, se registran según la definición del citado artículo 156, es decir como “accidentes de trabajo”. Se trata muchas veces de enfermedades del aparato locomotor y enfermedades de la piel. Al ser notificados como “accidentes de trabajo”, estas enfermedades quedan registradas en el sistema DELTA de accidentes de trabajo. Para permitir la mejor visualización de esos casos, desde 2010, el Ministerio hace públicas las estadísticas de esos casos como **PANOTRATSS** (acrónimo del registro de patologías no traumáticas causadas por el trabajo que no se han registrado como Enfermedad Profesional). De este modo, a efectos estadísticos, las enfermedades derivadas del trabajo reconocidas como **contingencias profesionales** resultan de la suma de las registradas como EEPP en el sistema CEPROSS más las que fueron registradas como AATT, y que se incorporan al fichero **PANOTRATSS**. Ambos ficheros se pueden consultar, en

<http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST231>



El reconocimiento de la enfermedad profesional



- No se percibe el fallo en la prevención de riesgos laborales. La LPRL dispone que, si se produjeran daños a la salud ligados a las condiciones de trabajo, las empresas deben investigar las causas y revisar el sistema de prevención de riesgos, para encontrar fallos y corregirlos. Es de interés público pero esto solo sucede cuando la enfermedad resulta visible para el sistema de Seguridad Social; el resto queda oculto.
- La falta de reconocimiento oficial de los daños derivados del trabajo origina lagunas en el seguimiento de las exposiciones laborales. Este efecto se verifica especialmente para ciertas las enfermedades multifactoriales y en particular, para las de larga latencia, como pueden ser las enfermedades mentales y determinados tipos de cáncer. Tampoco se está dando el necesario seguimiento a exposiciones a materiales que se sabe o se presume que pueden causar enfermedades, como sustancias disruptoras endocrinas, las nanopartículas, etc.

Causas del no-reconocimiento



Mencionamos aquí los principales factores que contribuyen a la relación entre los daños a la salud y las condiciones de trabajo puedan pasar inadvertidos, y que están detrás del alto nivel de subnotificación de las enfermedades profesionales.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Problemas derivados de deficiencias en la gestión preventiva en las empresas

- Las empresas están obligadas a **identificar, controlar y evaluar los riesgos laborales**, y dejar constancia documental de este proceso. Este proceso tiene un papel fundamental no solo en evitar los daños sino también en la correcta determinación del origen de las enfermedades que puedan sufrir los trabajadores: si se producen daños a la salud por factores que vienen recogidos en la evaluación de riesgos, se facilita la demostración de la relación con el trabajo, además de aportar evidencia de la necesidad de revisar el plan de prevención. De no realizarse este proceso, resulta bastante más difícil demostrar la relación de la enfermedad con las condiciones de trabajo.
- En el proceso de reconocimiento puede intervenir la Inspección de Trabajo. También puede intervenir el personal técnico de los organismos especializados de las CCAA, y por ello es tan importante que las autoridades territoriales cuenten con recursos suficientes.
- Los reconocimientos médicos que se hacen en el marco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales tienen como objetivo descubrir de manera temprana cualquier daño a la salud derivado de factores nocivos presentes en el medio laboral. Ello permite interrumpir la exposición, proporcionar, en su caso, tratamiento. Pero además, el/la profesional sanitaria del servicio de prevención ha de emitir un **diagnóstico de sospecha, para su traslado a la Mutua**, cosa que no siempre hace, para que se pueda notificar el caso como EEPP e investigar las causas.
 - Para que el mecanismo de la vigilancia de la salud funcione adecuadamente se debe cumplir que los reconocimientos médicos se hagan en función de las exposiciones, y que todas estas estén adecuadamente reflejadas en la evaluación de riesgos. Cualquier fallo en esta cadena, contribuye al ocultamiento de las enfermedades profesionales.
- La particular situación de los profesionales de la medicina del trabajo al servicio de Mutuas, del INSS, y de los Servicios de prevención desincentiva su implicación en la correcta calificación de las enfermedades profesionales; su empleo los sitúa en un



El reconocimiento de la enfermedad profesional



punto intermedio entre ser gestores del acceso a las prestaciones del sistema de seguridad social y el de ser agentes clave para la protección de la salud de la población trabajadora.

Problemas de inadecuación del sistema de prevención de riesgos laborales definido en la LPRL, la compensación prevista en la LGSS y las características del tejido productivo

- Las autoridades han delegado la vigilancia de la salud en el trabajo a los servicios de prevención contratados por las empresas. Este sistema, que puede llegar a funcionar de un modo adecuado en empresas grandes con fuerte presencia sindical, raramente funciona bien para las más pequeñas en las que tienen su empleo la mayor parte de las personas. Además, a las personas que no tienen contratos estables y cambian frecuentemente de empresa y así de exposiciones, los servicios de prevención externos raramente les harán una historia clínica laboral y una vigilancia de la salud adaptada a las exposiciones.

Problemas de índole científico y relacionados con el sistema de atención sanitaria

- Resulta fundamental que el personal médico elabore la **historia clínica laboral** de sus pacientes, en la que se recojan las exposiciones de riesgo. Ello permite establecer la relación temporal de problemas de salud que se desarrollan progresivamente, por ejemplo, en los casos de problemas tales como el asma o la dermatitis. Las analíticas de muestras biológicas específicas, tales como los niveles de algún contaminante en sangre o en la orina, puede proporcionar evidencias importantes para establecer relaciones causales.
- Dado que la mayoría de las enfermedades relacionadas con el trabajo también podrían tener un origen no profesional, desde el punto de vista estrictamente médico, resulta a veces difícil establecer la relación entre los daños a la salud observados y las causas laborales, tal y como se hace con las lesiones por accidente de trabajo. A veces la dificultad surge del prolongado periodo de tiempo que va desde el momento de la exposición hasta la aparición de signos y síntomas clínicos de la enfermedad (latencia), lo que puede complicar la investigación de las causas de



El reconocimiento de la enfermedad profesional



las enfermedades crónicas.¹² Además, pocas enfermedades están causadas exclusivamente por un único agente causal, presente sólo en el trabajo, especialmente en las sociedades industrializadas modernas, en las cuales coexisten exposiciones a múltiples factores nocivos que pueden interactuar para acabar generando la enfermedad. Este tipo de problemas se pueden abordar con una adecuada historia clínica laboral, y para ello, también es necesario que la evaluación de riesgo refleje todos los agentes causales.

- La sistematización del conocimiento médico suele ir retrasada respecto a la incorporación de materiales y otras innovaciones en el medio laboral. En el caso español, apenas se dedican recursos a la investigación y seguimiento de las exposiciones laborales y la pérdida de la salud. En su momento la enfermedad pulmonar conocida como conocido como el “caso Ardystil” se desarrollaba en solo cuatro meses y tuvieron que aparecer numerosos casos antes de que se reconozca el origen laboral de esta enfermedad derivada del uso de pinturas en aerosol para estampar cortinas.¹³ Más recientemente, hubo dificultad para reconocer que los que se estaba produciendo una nueva forma de fibrosis acelerada asociada a las encimeras de cuarzo, que ya estaban siendo reconocidas en otros países.¹⁴
- La labor de los profesionales sanitarios del sistema público se ve afectada por el nivel de colaboración implantado en su CCAA entre el sistema de reconocimiento del

¹² Una enfermedad o patología del trabajo se considera **aguda** cuando se manifiesta de forma más o menos inmediata tras la exposición a un agente causal o agravante. Por ejemplo, cuando se produce una reacción alérgica que se puede observar en algún órgano o sistema (piel, vías respiratorias) derivada de una exposición (por ejemplo, al látex); o cuando se produce una enfermedad por contacto con un agente biológico; o una contractura tras un esfuerzo puntual, etc. Las enfermedades son de tipo **crónico** cuando aparecen tras un largo **período de latencia**. Muchas se derivan de exposiciones prolongadas en el tiempo, generalmente de baja intensidad, que acaban produciendo daños la salud tardíamente; a veces aparecen mucho tiempo después de acabada la situación de exposición (por ejemplo, una enfermedad respiratoria crónica; enfermedades musculoesqueléticas por movimientos repetidos, afectaciones neurológicas; alteraciones endocrinas, etc.).

¹³ Ver Laurent Vogel (1995). El descubrimiento del síndrome de Ardystil: discurso médico y relaciones entre precarización y salud. Sociología del trabajo, 23, pp 111-118. Disponible en <https://istas.net/ardystil>. Ver también la noticia sobre la sentencia de dicho caso en https://elpais.com/diario/2003/07/01/sociedad/1057010402_850215.html.

¹⁴ La incorporación de nuevas enfermedades al Cuadro de EEPP se inicia por el **Grupo de trabajo de EEPP del Instituto Nacional de la Seguridad Social** que tiene encomendada la valoración de la evidencia científica para tomar esa decisión. Ver en un apartado más abajo más información sobre la intervención del sindicato en esta mesa técnica.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



carácter profesional de las dolencias y el sistema de alerta y vigilancia de la salud pública.

Problemas de coherencia entre el sistema de compensación y de prevención, y de debilidad de la protección de la salud laboral por las autoridades

- Nuestro sistema de reconocimiento y notificación de las enfermedades profesionales utiliza el **cuadro de enfermedades profesionales** para facilitar la calificación y el reconocimiento, y por tanto, su objeto es reducir el margen para que se produzcan negativas de reconocimiento arbitrarias. La lista de actividades que se mencionan en el Cuadro tiene carácter indicativo y por tanto permite reconocer la contingencia a partir de los propios datos del caso, las Mutuas y el INSS se refieren al cuadro como lista cerrada, para utilizarlo de manera restrictiva. No obstante, las entidades gestoras y el INSS deniegan con frecuencia el reconocimiento, incluso respecto a casos en los que se hay muchas evidencias de exposición a los factores mencionados en el cuadro como causa de la enfermedad. Suelen partir de una interpretación restrictiva que ha sido corregida muchas veces en juzgados. Por ejemplo, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, dictó sentencia a favor el reconocimiento de EEPP a una trabajadora del textil en tareas de **termofijadora**, en fecha 11 de marzo de 2016, al apreciar que aunque la actividad no está mencionada expresamente en el Cuadro en la relación de actividades que causan lesión del manguito de los rotadores, el desempeño de esas labores sí requiere el uso continuado del brazo en abducción o flexión, movimientos que el cuadro de enfermedades profesionales indica que dan lugar a dicha lesión; **en dicha sentencia se indica asimismo que la falta de mención de esa actividad entre los ejemplos del cuadro se debe a discriminación por razón de sexo, pues el cuadro solo menciona ocupaciones masculinizadas.**¹⁵
- La debilidad de la acción pública para promover la aplicación de la normativa para el reconocimiento de las enfermedades profesionales es un problema que ha sido

¹⁵ Esta sentencia fue ratificada en Sentencia del Tribunal Supremo - Sala de lo social, 736/2018 - Nº de Recurso: 1697/2016; Nº de Resolución: 190/2018 Procedimiento: Social.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



reconocido no sólo por los sindicatos sino también por las autoridades, y que aunque ha dado lugar a una amplia reforma del sistema de notificación en el año 2006, no ha quedado resuelto. En el apartado que se presenta más abajo, titulado Políticas y circuitos para facilitar la detección de casos de enfermedades causadas por el trabajo y la notificación de EEPP, se describen varias iniciativas muy relevantes, que están teniendo impacto, y que señalan posibles caminos hacia dónde se puede ir para hacer emerger las enfermedades del trabajo.¹⁶

Inhibición de las propias personas afectadas

- El desconocimiento del origen laboral de sus enfermedades, por falta de información, unido al temor a perder el empleo, las dificultades burocráticas derivadas del mal funcionamiento del sistema, el coste de denunciar los casos por la vía judicial, el sufrimiento derivado de la propia enfermedad, la cobertura de nuestro sistema público de salud, etc., las bajas compensaciones económicas del reconocimiento, etc., reducen la motivación de las/os afectado e interfieren en la voluntad para emprender el largo periplo que suele ser necesario recorrer para lograr el reconocimiento, que representa además, un auténtico esfuerzo emocional que no todas las personas están en situación de enfrentar.

Procedimientos para la declaración / notificación

Para que el personal facultativo médico de la entidad que gestiona las contingencias profesionales de la Seguridad Social pueda elaborar y tramitar el **parte de enfermedad profesional** debe examinar a la persona y la documentación. Además de los exámenes

¹⁶ En perspectiva histórica, podemos decir que los problemas para el reconocimiento de las enfermedades del trabajo tienen sus raíces en el modo en que ha ido evolucionando la gestión del daño. Nuestro sistema actual es dual: la atención a la salud convive con un sistema asegurador/compensador específico para las contingencias profesionales, que se origina en el sistema de compensación de daños derivados del trabajo creado a finales del siglo XIX y que, con modificaciones, va mantenido hasta la actualidad el concepto asegurador y la filosofía de que quien daña tiene la obligación de compensar. Así tenemos un sistema de protección objetivo, pero todavía vinculado a que el empleador y sus organizaciones al efecto reconozcan su responsabilidad para la asunción y compensación por los daños producidos en el desarrollo de la actividad laboral. Las asociaciones de empresarios, que se constituyeron para dar una protección mancomunada a los daños derivados del trabajo, que dieron lugar a las actuales Mutuas, siguen siendo las primeras entidades que califican el origen del daño y en ocasiones no muestran toda la eficacia debida porque siguen estando preocupadas por las consecuencias de la declaración para los empleadores adheridos. De este modo resulta que tenemos un sistema que para cubrir su función necesita, constantemente, de iniciativas correctoras: reclamaciones, juicios, etc.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



médicos, obtendrá información del empleador/a, empresario/a o la administración, que debe facilitar a la entidad correspondiente toda la información que obre en su poder.

En el sector **privado** esto lo hace una **Mutua Colaboradora** con la Seguridad Social con la que la empresa tenga la cobertura de las contingencias profesionales. En el sector **público**, la tramitación del parte de enfermedad profesional corresponde bien al Servicio Público de Salud, a la Dirección General de la Función Pública o a la Mutua o la entidad colaboradora con la que la administración tenga asumidas las contingencias profesionales.

Además, tanto en lo privado como en lo público, el personal médico de los Servicios de Prevención, en su función de vigilancia de la salud, tiene asignada la tarea de detectar de manera precoz los daños producidos por las exposiciones a riesgos laborales. En caso en que tengan indicios de que un trabajador tiene una enfermedad profesional han de emitir **diagnóstico de sospecha** y presentarlo ante la entidad gestora para que ésta tramite la declaración de enfermedad profesional.

Los **profesionales médicos del sistema público de salud** también tienen un papel en la detección de la relación de las enfermedades con el trabajo. Más abajo se exponen como se implementa esta tarea desde las distintas CCAA¹⁷.

Las personas afectadas pueden solicitar el cambio de contingencia

Cuando una persona sospecha que su enfermedad tiene carácter profesional y esto no ha sido reconocido por las vías mencionadas más arriba, ella misma (o de un familiar de un trabajador/a fallecido) puede **solicitar que se les reconozca que su enfermedad es “profesional” por varias vías:**

1. Acudir a la mutua y solicitar un estudio de enfermedad profesional. Si la Mutua reconoce el origen laboral de la enfermedad, procederá a su declaración a través del CEPROSS. Si, además, la persona no se encuentra en condiciones para trabajar, tramitará la baja laboral por enfermedad profesional¹⁸.

¹⁷ Además de seguir esos circuitos, los profesionales de la medicina también pueden colaborar mejorando su formación en medicina del trabajo y elaborando siempre la historia clínica laboral de sus pacientes.

¹⁸ CEPROSS. Las enfermedades profesionales se comunican o tramitan, en el ámbito de la Seguridad Social, por medio del parte electrónico de enfermedad profesional que se aprueba por la orden Orden TAS/1/2007. Los



El reconocimiento de la enfermedad profesional



2. Si la Mutua considera que la patología no es una enfermedad profesional, la persona afectada puede:
 - a) Poner una reclamación ante la Mutua, dejando constancia del desacuerdo y pidiendo expresamente que se considere el origen laboral de su enfermedad. Esto se puede hacer de diversas maneras:
 - Reclamando mediante un formulario disponible en las diversas ventanillas de cada una de las mutuas
 - A través de la Oficina Virtual de Reclamaciones.
<http://www.ovrmatepss.es/virtual/>
 - A través del servicio telefónico: 902 112 651.
 - b) Cualquier persona que vea afectada su salud por las condiciones de su trabajo puede acudir a su médico/a de atención primaria del sistema público de salud, explicarle el origen de la sospecha y solicitarle que emita un **diagnóstico de sospecha** del posible origen profesional. Para ello, ha de trasladarle los indicios de los que disponga para que proceda a investigar y, en su caso pueda emitir **parte de sospecha de EEPP**, que será trasladado al Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - c) Si a través de estas reclamaciones no se logra el reconocimiento, el/la trabajador/a también puede de forma personal **iniciar un procedimiento de Determinación de Contingencias** en el INSS, siempre que esté de baja médica.
 - d) Poner en marcha el procedimiento que la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social establece sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social. Dicho procedimiento indica que cuando exista indicio de



El reconocimiento de la enfermedad profesional



enfermedad, la mutua ha de elevar el informe de oficio al INSS para que este último se pronuncie sobre la calificación.

La cobertura de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional del **personal del sector público** difiere de la del sector privado. La protección es prácticamente igual que para el resto de personas trabajadoras por cuenta ajena, pero la relación laboral en el sector público hace que existan existir diversos colectivos (personal Estatutario, personal funcionario, además del personal laboral) con una gestión diferenciada de sus prestaciones. La gestión diseñada hace intervenir a la Mutua, junto con la unidad administrativa de personal del organismo al que esté adscrito el empleado o empleada públicos, o el servicio previsto para la atención de la salud con medios propios al ser entidad colaboradora con la Seguridad Social. No obstante, esta gestión diferenciada no merma la protección ya que existan las mismas garantías que para el resto de colectivos de trabajadores y trabajadoras.

Para todo los citados trámites, las y los trabajadores cuentan el apoyo de los delegadas de prevención y/o de los servicios de asesoramiento sindicales, que le pueden ayudar a redactar y, en su caso, también pueden presentar reclamaciones “en nombre de”, aportando los datos de esa persona, su DNI y su teléfono de contacto (ver el apartado, más abajo, en el que se describe la acción de los gabinetes de CCOO en este sentido).

Cuando en los procedimientos administrativos se deniega el reconocimiento del origen profesional de las dolencias, es posible acudir a la vía judicial, tal como demuestran los casos incluidos en esta publicación, más abajo.

Políticas y circuitos para facilitar la detección de casos de enfermedades causadas por el trabajo y la notificación de EEPP

La detección temprana de los daños a la salud derivados del trabajo, la correcta calificación del origen laboral de los casos de enfermedad, y la identificación de riesgos emergentes son importantes objetivos de **salud pública**. Permiten mejorar las actividades preventivas, adelantar la prevención y diseñar intervenciones públicas con objetivos claros. Además, la detección de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo aporta información sobre



El reconocimiento de la enfermedad profesional



la calidad de las actividades sanitarias de los servicios de prevención, que deben ser supervisadas por las CCAA, para mejorarlas.

Algunas CCAA fueron pioneras en el desarrollo de estas obligaciones (Comunidad Valenciana en 1991, Cataluña en 1997 y Navarra en 1998). Fue sin embargo la publicación del *RD 1299/2006 por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social*, al establecer la obligación de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de comunicar, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las dos ciudades con Estatuto de Autonomía, **las enfermedades que sospecharan pudieran ser calificadas como enfermedades profesionales**, lo que vino a favorecer el desarrollo de sistemas en otras comunidades.

En general, los sistemas que se han creado consisten en el desarrollo de circuitos específicos para facilitar que desde atención primaria o especializada se puedan remitir la información sobre los casos al sistema de Seguridad Social, para que este investigue, tanto la patología como las causas que la han originado.

En algunas se han implantado aplicaciones informáticas para facilitar la labor del personal médico de los servicios de atención primaria en la detección del origen profesional de los casos y la canalización de la sospecha. Este tipo de mecanismos está resultando muy eficaz pues se ha logrado elevar notablemente la tasa de notificación.

Otro tipo de mecanismo consiste en el desarrollo de unidades de salud laboral específicas dentro del sistema sanitario público.

Algunas CCAA han desarrollado las funciones de los organismos territoriales especializados en seguridad y salud en el trabajo para que puedan dar seguimiento a la incidencia de riesgos en puestos de trabajo y sus consecuencias en la salud.

Un estudio de los sistemas existentes ha puesto de manifiesto que solo 10 comunidades autónomas han creado algún sistema específico. Dicho estudio también puso de manifiesto el desigual desarrollo de estos sistemas de declaración de sospecha de EP y que aunque la tendencia es positiva, solo la mitad de estas desarrolló algún sistema específico de



El reconocimiento de la enfermedad profesional



comunicación y no todas disponen de una aplicación informática para gestionarlo, obteniéndose tasas de reconocimiento de EP desiguales entre las CCAA.¹⁹

Sistemas centinela

Los sistemas centinela son herramientas de vigilancia epidemiológica en las que participan profesionales de atención primaria y especialistas que participan en un sistema específico de información orientado a la vigilancia en salud laboral, que sirve para identificar casos, promover la investigación, lograr la prevención de las causas de las enfermedades profesionales, y lograr el registro correcto de los casos de EEPP.

Los profesionales notifican al sistema centinela los casos diagnosticados que cumplen con una serie de requisitos en cuanto a la patología y a la exposición laboral. Los casos entran en el circuito de información predeterminado (llegan al centro territorial con competencias en seguridad y salud en el trabajo o bien a las unidades médicas especializadas en medicina del trabajo). Tras ser analizados se comunica, en su caso, la sospecha a la mutua, para que esta proceda (si lo considera correcto) al reconocimiento y a su tratamiento.

Ejemplos de sistemas desarrollados por CCAA

A partir del vigente marco normativo, algunas Comunidades Autónomas han desarrollado estas obligaciones así como sistemas para ayudar a la notificación de EEPP. Las características de 10 sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional puestos en marcha desde las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas están descritas en un artículo de García Gómez y otros (2017), donde se pueden ver

¹⁹ Ver una descripción más completa, con comparación entre sistemas, en García Gómez M, Urbaneja Arrúe F, García López V, Estaban Buedo V, Rodríguez Suárez V, Miralles Martínez-Portillo L et al (2017). *Características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedad profesional en las comunidades autónomas*. Rev Esp Salud Pública. 2017; Vol. 91. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100406

Ver también García Gómez M en https://www.reunionanualsee.org/2016/images/fotosg/tabla_2043_C0401.pdf
<http://www.fphib.es/wp-content/uploads/2017/01/Valentin-Esteban-LBH-2016-SISVEL-Palma-24.11.16.pdf>



descripciones y comparaciones entre ellos.²⁰ Aquí describimos algunos de estos, como ejemplo.

El modelo de sistema centinela de Navarra

Con el objetivo de evaluar la magnitud del daño laboral no detectado como enfermedad profesional y de hacer aflorar la patología de posible origen laboral para su abordaje preventivo, en el año 1998, Navarra elaboró un programa de detección de patología de posible origen laboral, como parte del Sistema de Información en Salud Laboral diseñado desde el Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL).

En un principio, el Programa de Vigilancia Epidemiológica adoptó la metodología de Red de Médicos Centinela. Para el programa se eligieron 5 patologías a vigilar: Tendinitis de EESS (codo y muñeca), Síndrome del túnel carpiano (STC), Asma ocupacional, Síndrome de disfunción reactiva vías aéreas (RADs) y Dermatitis profesional

En 2006 se amplió el objetivo del Programa para colaborar en la detección de la sospecha, identificar los factores que facilitan la notificación y describir las características sociodemográficas de los casos comunicados.

La notificación de casos se basa en una aplicación informática que a modo de “ventana de alerta” llama la atención del médico de familia cuando está registrando en la historia clínica del paciente un suceso con correspondencia en la lista de sucesos centinela previamente definido.

El profesional médico debe cumplimentar un número de ítems que identifican la actividad y/o ocupación del trabajador (clasificación nacional de actividades económicas y clasificación nacional de ocupaciones) y tres preguntas de asociación con origen laboral (patología similar en compañeros, mejoría en períodos de descanso o vacaciones y si se encuentra de baja laboral o no).

²⁰ Ver García Gómez M, Urbaneja Arrúe F, García López V, Esteban Buedo V, Rodríguez Suárez V, Miralles Martínez-Portillo L et al. (2017). Características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedad profesional en las comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública; Vol. 91: Epub 17-Mar-2017 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100406



El reconocimiento de la enfermedad profesional



El personal médico pregunta expresamente al trabajador/a si acepta la derivación de su caso para estudio especializado. Si da su consentimiento a la declaración nominal de su caso, los ítems de identificación y localización se amplían (se recoge el nombre y apellidos, domicilio y teléfono). De no aceptar, se registra la edad, ocupación y actividad para el análisis global de los casos. Todos los sucesos declarados, tanto los nominales como los anónimos, entran a una base de datos para su análisis epidemiológico

Los datos se transfieren a la Unidad de Salud laboral que coordina el Programa mediante procedimiento telemático y respetando en todo momento la confidencialidad de la información. Los casos son posteriormente investigados por un médico del trabajo que complementa la información a partir de su comunicación al Servicio de Prevención con quien tienen las empresas concertada la medicina del trabajo. Como consecuencia a su investigación se inician actuaciones preventivas y/o de derivación de los casos para su comunicación como enfermedad profesional.

Los sucesos centinela notificados por el médico de atención primaria se consideran como laborales tras la ratificación del origen laboral por parte de un médico especialista en medicina del trabajo del INSL, que decide a partir de la investigación de los casos que han dado su consentimiento (casos nominales) y para los que se ha podido completar el estudio.

El otro gran indicador que se calcula para la evaluación del Programa es el valor predictivo positivo, porcentaje de sucesos centinela que son confirmados posteriormente como de posible origen laboral por un médico del trabajo respecto al total de sucesos notificados.

Sistema SISVEL - Comunidad Valenciana

El Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) de la Comunidad Valenciana se implantó en 2010 con el objetivo de mejorar la detección de enfermedades relacionadas con el trabajo y posibilitar la actuación preventiva. El SISVEL viene a facilitar la identificación y comunicación de cualquier sospecha de enfermedades profesionales en el sistema sanitario público y en los servicios de prevención de riesgos laborales. Se trata de un sistema informatizado que interrelaciona el sistema sanitario público con los sistemas de prevención y asistencia y reconocimiento del daño laboral. Funciona mediante un mecanismo de alerta en la historia clínica que se activa cuando un



El reconocimiento de la enfermedad profesional



diagnóstico coincidente con una posible EP, en mayores de 16 años. La aplicación también le recuerda al médico los criterios clínicos y de exposición mínimos a cumplir y le permite ver la información sobre las etapas y resultados del proceso. Ofrece también la posibilidad de solicitar el apoyo de la Unidad de Salud Laboral, del Centro de Salud Pública para valoración del origen laboral. Su implantación fue progresiva y ha sido acompañada de formación, información e incentivada a través de la inclusión entre los objetivos de productividad de Atención Primaria. En la actualidad la cobertura poblacional es del 100%.

Desde su implantación se ha producido un aumento progresivo de comunicaciones de sospechas de enfermedades profesionales, que se ve reflejado en el registro oficial de declaración de EEPP. Presenta mayor declaración de Atención Primaria y tiene una mayor sensibilidad para problemas osteomusculares que para el resto de problemas de salud. Se derivan a las Mutuas el 67% de los casos. Un 37% de los casos derivados son considerados como profesionales por estas entidades.

Asturias: EVASCAP

Para atender a la necesidad de evitar la infradeclaración de enfermedades profesionales, entre las que las neoplasias tiene una especial trascendencia, y la gravedad que supone la para la prevención de nuevos casos el desconocimiento de las causas laborales, las autoridades sanitaria y laboral de esta CCAA entendieron, en 2011, que era oportuno constituir un **grupo de trabajo específico sobre cáncer profesional**, denominado Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias (**EVASCAP**).²¹

El Principado de Asturias tiene establecido que es facultad del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales desarrollar y mantener un sistema de información en salud y seguridad laboral y la realización de estudios epidemiológicos, con la información aportada por los servicios de prevención; y además, este sistema contempla el intercambio de información con el sistema sanitario. El ejercicio de esta competencia se lleva a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, actuando en estrecha colaboración con las

²¹ Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias. El fichero automatizado de datos se crea el 2 de diciembre de 2011.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las empresas.

En el EVASCAP se reciben y registran todas las sospechas de cáncer profesional, con independencia de la valoración inicial que haga el grupo y de la decisión final que adopte el INSS. El objetivo es mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades relacionadas con el trabajo y aumentar el conocimiento y la investigación sobre la relación entre exposiciones laborales.

También se ha creado, en 2016, el **Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos**.²² Se configura como herramienta de la autoridad sanitaria para impulsar la prevención primaria del cáncer laboral. Asimismo, su implantación busca facilitar la identificación de los trabajadores expuestos que son diagnosticados de cáncer, ayudar al Instituto Nacional de la Seguridad Social en el procedimiento de su reconocimiento como enfermedad profesional y planificar la vigilancia post-ocupacional de los servicios de salud cuando corresponda.

Otro mecanismo público: el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA)

Este programa, que surge en 2002, merece destacarse por su singularidad, nace del acuerdo en la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo y se consensúa, con la participación del Ministerio de Sanidad, con las Comunidades Autónomas, las organizaciones empresariales y sindicales, otras administraciones y las sociedades científicas, para atender a las necesidades específicas de las víctimas del amianto. El objetivo general era doble: garantizar una vigilancia sanitaria específica adecuada, uniforme y armonizada en todo el territorio nacional de estos trabajadores, por un lado, y por otro, incrementar el reconocimiento de la enfermedad profesional.

²² Decreto 61/2016, de 3 de noviembre. Las competencias de desarrollar el contenido de este Decreto se atribuyen hoy en día a la Dirección General de Salud Pública, que también ejerce la facultad de resolver los diagnósticos de sospecha, desarrollando lo dispuesto en el artículo 5 del RD 1299/2006, El 9 de febrero de 2017 se estableció el fichero automatizado de datos.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Este programa vino a responder al hecho de que, debido al largo periodo de latencia entre la exposición y la aparición de enfermedades derivadas del amianto, la tendencia es que continúe el incremento de casos de dichas enfermedades (y de mortalidad), y que muchos de estos casos se den en jubilados. Partiendo del hecho de que uso del amianto está prohibido en España desde 2001, se vio la necesidad de una vigilancia de la salud de los trabajadores que habían estado expuestos en el pasado.

Entra en el programa todo trabajador con antecedentes de exposición al amianto que cese en la actividad con riesgo, ya sea por jubilación, cambio de empresa o cualquier otra causa, seguirá sometido al control médico preventivo.

Se realizan reconocimientos periódicos, siguiendo un Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica, con cargo a la Seguridad Social, en Servicios de Neumología que dispongan de medios adecuados de exploración funcional respiratoria u otros servicios relacionados con la patología del amianto.

El Programa incluye procedimientos de búsqueda activa de casos gracias a los cuales se están alcanzando coberturas muy superiores a las que se habían conseguido con la mera actuación institucional y elaboración de normativa. En el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos (se partía de 2.500 trabajadores contenidos en el RERA, vigente desde 1984), y en el tercer año se multiplicó por 6 este número. Los datos recopilados en la evaluación del PIVISTEA han puesto de manifiesto que la tasa de reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto es reducida y una discordancia entre los resultados clínicos del Programa y el reconocimiento de la contingencia profesional por el INSS. Esta conclusión surge del contraste entre el número de casos diagnosticados en el Programa 3.398 enfermedades derivadas de la exposición al amianto y el número de las reconocidas como enfermedad profesional 64 casos, lo que supone un 2% del total de enfermedades diagnosticadas).²³

²³ Se puede consultar los datos en el último informe anual del programa (2016) en <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/PIVISTEA2016.pdf>



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Base legal

La Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, especifica en el apartado 5 del Artículo 22. Vigilancia de la Salud: *“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, en los términos que reglamentariamente se determinen.”*

El RD 39/1997, de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención, establece: En su Artículo 37.3. 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”.*

En su Artículo 37.3. c) del RD 39/1997 establece que: *“La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.”*

El Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a Amianto fue aprobado por la Comisión de Salud Pública (reunión de 12 de diciembre de 2002), por la Comisión Nacional de Salud en el Trabajo (Plenario de 29 de enero de 2003) y por el Consejo Interterritorial del SNS (reunión de su Comisión Delegada de 26 de febrero de 2003).

La implantación del Programa representa un ejemplo de colaboración entre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema de Seguridad Social. Implica a numerosos profesionales de atención primaria y especializada de los servicios públicos de salud, además del personal de los servicios de prevención de las empresas, y el propio de las Unidades de Salud Laboral de la estructura de Salud Pública de las Comunidades Autónomas. Ello conlleva, además de las dificultades de las tareas de coordinación entre instituciones y estructuras tan diferentes competencial y organizativamente, la formación de numerosos profesionales en salud laboral, y la oportunidad de mostrar a los profesionales de atención primaria y especializada del Sistema Nacional de Salud la importancia que pueden tener las exposiciones laborales en la etiología de algunos de los procesos que atienden en sus consultas.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



El Grupo de Trabajo sobre Amianto de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo mantiene una página web donde informa sobre este programa.²⁴

En resumen, los objetivos del PIVISTEA son:

- Descubrir daños para la salud producidos por el amianto y elaborar un registro de trabajadores expuestos.
- Establecer y facilitar los procedimientos de acceso a los exámenes de salud postocupacionales por exposición al amianto. Incluye exámenes postocupacionales de salud iniciales y la continuación de la vigilancia de la salud postocupacional.
- Favorecer el reconocimiento médico-legal de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto.
- Desarrollar y aplicar métodos de vigilancia de la salud, tratamiento y rehabilitación.
- Aportar a la prevención, Identificar poblaciones de riesgo y situaciones sobre las que actuar preventivamente.

Acción de CCOO para el reconocimiento de la EEPP

El papel de las/os delegadas/os de prevención en la empresa

La representación de los trabajadores/as puede contribuir no solo a la prevención sino también a la correcta notificación de las contingencias profesionales. Tiene un papel muy importante en la identificación del origen laboral de los daños a la salud asociados a condiciones de trabajo. ¿Cómo? **Participando** en los distintos aspectos de la prevención de riesgos laborales, como exponemos a continuación.

Identificación, eliminación y control de riesgos

Como las enfermedades derivadas del trabajo se deben a fallos preventivos, la participación de las personas que representan a los/las trabajadores/as en salud laboral se orienta a

²⁴ Ver en

[Amianto](#)

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.d22be8b09ba968aec843d152060961ca/?vgnextoid=62f5a126a4a85110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnextchannel=c4be390188c3f110VgnVCM1000000705350aRCRD&noDoSel=6207ee1b8e912310VgnVCM1000008130110a>



El reconocimiento de la enfermedad profesional



contribuir a la identificación de riesgos y su eliminación y su control, siguiendo las pautas del artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Esta labor contribuye, a la vez, a hacer evidente la relación entre las dolencias que puedan llegar a sufrir los trabajadores y las exposiciones laborales. Por tanto, contribuye a la prevención y también a la correcta notificación.

Para comprobar que la evaluación de riesgos es completa, los delegados y las delegadas han de implicar a la plantilla y documentarse. Y la actuación será más eficaz cuanto mejor documentados y argumentados estén los problemas detectados y las propuestas de solución.

Los Gabinetes de Salud Laboral de CCOO pueden ayudar con la documentación y, además, a plantear el proceso de actuación sindical. Cualquier problema no detectado en la evaluación debe ser comunicado a la empresa, directamente o bien a través del Comité de Seguridad y Salud. Si no recibiera respuesta, o la empresa no quisiera actuar, será necesario proceder siguiendo las vías sindicales habituales.

Vigilancia de la salud

Las y los trabajadores tienen derecho a participar en la planificación de las actividades de vigilancia de la salud, así como controlar los resultados de las mismas, a través de sus delegados y delegadas de prevención.

Este derecho se apoya en varias disposiciones de la LPRL y del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP). La representación de los trabajadores y trabajadoras tiene reconocida la facultad de *«conocer e informar la memoria y programación anual de los servicios de prevención»* tanto si se trata de un servicio de prevención propio como de una entidad externa (LPRL, art. 36.1, RSP, art. 20.2).

También se basa en las competencias relativas al conocimiento de los daños producidos en la salud de los trabajadores y al análisis de sus causas (LPRL, arts. 36.2.c, y 39.2.c), y en general, en los derechos de participación y consulta en un sentido amplio. Por ejemplo, se establece que han de ser consultados sobre la *«organización y desarrollo de las actividades de protección de la salud y prevención de los riesgos profesionales»*.



Investigación de los daños a la salud/enfermedades

La LPRL establece, en su art. 16.3. que *Cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores o cuando, con ocasión de la vigilancia de la salud prevista en el artículo 22, aparezcan indicios de que las medidas de prevención resultan insuficientes, el empresario llevará a cabo una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de estos hechos.*

Los delegados y las delegadas de prevención han de exigir que esta investigación se lleve a cabo estas investigaciones, y su participación. También tienen la potestad de:

- Investigar si existen más casos. Si otros trabajadores o trabajadoras han estado expuestos a los mismos riesgos que han causado la EP, es necesario descartar, a través de la vigilancia de la salud, que otras personas no padecen también daños.
- Exigir la revisión de la evaluación de riesgos y la adopción de las medidas preventivas necesarias, apoyándose en el artículo 6 del RSP.
- Comprobar que se han adaptado las medidas preventivas previstas en la planificación preventiva.
- Controlar que la vigilancia de la salud se realiza con protocolos específicos para garantizar la búsqueda de posibles signos y síntomas de las EEPP y su diagnóstico precoz.
- Realizar un seguimiento específico y control de las exposiciones en los puestos en los que se haya declarado una determinada enfermedad profesional, y de las personas afectadas, si continúan en activo en la empresa. Es posible que sea necesario adaptar el puesto de trabajo, como trabajador especialmente sensible (art. 25 de la LPRL).

Aportar indicios para contribuir a la notificación

Los delegados y las delegadas pueden contribuir a la notificación aportando indicios²⁵ que puedan servir de prueba para el reconocimiento de la enfermedad profesional y así contribuir a inclinar la sospecha de la enfermedad profesional hacia su declaración y registro

²⁵ Recordemos que, como se indicaba más arriba, que una mutua o una entidad colaboradora que rechace calificar la enfermedad como profesional aún existiendo “indicios”, está obligada, de oficio, a trasladar al INSS el expediente para que este organismo se pronuncie (Resolución de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de 19 de septiembre de 2007).



El reconocimiento de la enfermedad profesional



como tal. Esta facultad se apoya en sus atribuciones de cooperación, consulta y vigilancia o control, que le permiten tener acceso a procesos e información (ver en particular, los artículos 36 y 37 de la LPRL). Su condición de delegados/as les da acceso a información como, por ejemplo, elementos y sustancias que se usan, documentación de la evaluación de riesgos, actas del comité de seguridad y salud, etc.

Con esta información, las/os delegados/as pueden elaborar su propio informe de sospecha, y agregarlo al expediente. Para ello, cuentan con el apoyo del personal técnico de los gabinetes de salud laboral de las organizaciones sindicales.

Informar a los compañeros

La información contribuye a la dinámica preventiva, facilitando la participación activa de los trabajadores en la defensa de su salud y la mejora de las condiciones de trabajo. La mayor visibilidad favorece la demanda de mejoras en la prevención de riesgos laborales y la adopción de medidas de eliminación y/o control de los riesgos. Pero además, contribuye a la correcta notificación en la medida en que se incrementa la percepción del origen laboral de los daños a la salud que sufren los trabajadores.

Aportación de CCOO e ISTAS al conocimiento científico-técnico y a la divulgación del conocimiento

Las organizaciones sindicales contribuyen al reconocimiento de la enfermedad profesional también en el plano del conocimiento. En este sentido se elaboran estudios sobre el impacto de las enfermedades del trabajo, estudios de las estadísticas oficiales y estimación del subregistro de las enfermedades del trabajo, estudios de estimación de costes de la pérdida de salud de las y los trabajadores/s para el sistema sanitario público, contribución de agentes cancerígenos laborales a la carga del cáncer, colectivos especialmente afectados por algún grupo de enfermedades, etc. Además, se elaboran informes de situación de



determinados factores de riesgo así como guías divulgativas para trabajadores/as y guías para delegados/as.²⁶

Acción Sindical movilizadora / Acción sindical Institucional / diálogo social

En este plano, el sindicato actúa para el reconocimiento de enfermedades profesionales. En este sentido el sindicato pretende influir en las decisiones de los agentes, públicos y privados, que están comprometidos en exposiciones y/o en la identificación y notificación de enfermedades profesionales, promoviendo la intervención de las instituciones que tienen el deber de dar respuestas a los disfuncionamientos.

- La visibilización de problemas y demanda de investigación y/o intervención pública: el sindicato pone en evidencia y denuncia determinadas situaciones susceptibles de ocasionar EEPP en determinadas actividades; o la presencia de ciertos agentes causales no atendidos; o exposiciones ambientales que también afectan al conjunto la población; o situaciones contractuales que afectan a la salud, como la precariedad, etc. Participación en mesas “técnicas” y de diálogo social que pueden conducir al reconocimiento oficial de nuevos factores de riesgo, nuevos valores límite, nuevas enfermedades, identificación de nuevos colectivos afectados por enfermedades ya conocidas, etc.²⁷
- La mejor aplicación de la normativa vigente sobre aspectos que no están aportando como debieran a la prevención de riesgos laborales, como las actividades de vigilancia de la salud que realizan muchos de los servicios de prevención
- La mejora de los mecanismos que contribuyen al reconocimiento de enfermedades profesionales: facilitar la emisión de diagnósticos de sospecha; mejora de los procedimientos administrativos, etc.

²⁶ Ver por ejemplo un estudio pionero en el señalamiento del subregistro de las enfermedades laborales, en: Impacto de las Enfermedades Laborales en España (2007), disponible en <http://istas.net/descargas/Mortalidad%20y%20morbilidad%20de%20origen%20laboral.pdf>

²⁷ Por ejemplo, participación en el grupo creado por el INSS para la aportación de evidencia científica respecto a enfermedades presuntamente relacionadas con el trabajo, como se expone más abajo.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Para todo ello se utilizan diversos medios: contactos con la prensa, visibilización de las actividades de las asociaciones de víctimas de enfermedades, asambleas de delegadas/os, negociación colectiva, mesas de negociación tripartita, participación institucional, etc.²⁸

Intervenciones recientes

Programa Integral de Silicosis en el Manipulado de Aglomerados de Cuarzo - Andalucía

1. En 2009 se declaró un brote de silicosis en la provincia de Cádiz, que dio lugar a un estudio epidemiológico. Este estudio mostró una relación con la manipulación de aglomerados de cuarzo y mostró unas peculiaridades de la enfermedad (trabajadores jóvenes, una media de edad de 33 años, y una antigüedad laboral de 11 años).
2. Los años 2005-2007 se había realizado un trabajo de campo por parte de CCOO en la zona de Almería para detectar insuficiencias de información y formación entre el personal laboral de las empresas del mármol
3. En 2006 la Inspección de trabajo lanzó una campaña de inspección en todos los centros de trabajo que realizaban trabajos con aglomerados de cuarzo. Envío de cartas y visitas.
4. Entre el año 2007 y 2015 se han comunicado 252 partes de enfermedad profesional en Andalucía.
5. Ante esta situación se puso en marcha un PROGRAMA INTEGRAL DE SILICOSIS DE ANDALUCÍA, EN EL MANIPULADO DE AGLOMERADOS DE CUARZO. Este programa es resultado de un acuerdo entre las consejerías de salud y empleo (autoridad sanitaria y autoridad laboral) y cuenta con la participación de sindicatos, empresarios y asociaciones de afectados. En la elaboración participan representantes de mutuas,

²⁸ En este sentido, cabe recordar la Declaración para el Diálogo Social, suscrita en julio de 2004 por el Gobierno, las organizaciones sindicales y las organizaciones empresariales, que estableció el marco general de prioridades en el ámbito sociolaboral en España, dentro del cual se prestó especial atención al sistema de Seguridad Social. Tras un amplio proceso de diálogo, las partes firmantes suscribieron el día 13 de julio de 2006 un acuerdo que incluyó la aprobación de una nueva lista de EEPP y la modificación del sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



inspección de trabajo y servicios de prevención.

6. Hay una pieza clave dentro del programa: actuación conjunta de las dos consejerías en todas las empresas que se comunique una enfermedad. A lo largo del año 2018 se han planificado y realizado una serie de inspecciones de las dos consejerías. En estos momentos se está a la espera de una primera evaluación del Programa.

Acuerdos para el reconocimiento de las EEPP de camareras de piso y similares

Comisiones Obreras ha mantenido una atención especial al colectivo de Camareras de piso en los establecimientos hoteleros. En 1992 un paro general en el sector de la hostelería, fomentado por Comisiones Obreras, logró que prosperase el Acuerdo Laboral de Hostelería de Ámbito Estatal (ALEH) y así a sustituir una Ordenanza preconstitucional. Este acuerdo elevó a la categoría de oficial de hostelería, el trabajo del personal de atención y limpieza de habitaciones en hoteles.

Dentro del hotel el colectivo de personas que organizan las habitaciones representa entre un 25 a un 30 % de la plantilla. Este colectivo ha sufrido especialmente la crisis del 2008 y a la reforma laboral del 2012, que debilitaron radicalmente la posibilidad de mejora de las condiciones de trabajo a través de los convenios colectivos. Las patronales optaron por externalizar los riesgos trasladando las tareas de limpieza en las habitaciones a empresas multiservicios ajenas a la plantilla de los establecimientos hoteleros. La patronal obtiene beneficios precarizando el trabajo de la limpieza de habitaciones. Las trabajadoras, un empeoramiento de las condiciones de trabajo. Se contratan menos personas para limpiar un mayor número de habitaciones y en una jornada laboral más corta.

Esta situación se puso de manifiesto en un libro de Ernest Cañada titulado *Las que limpian los hoteles*, que se nutre de historias de vida narradas por las propias trabajadoras ha sido un hito para divulgar las historias ocultas de este colectivo en momentos en los que se les hace tender a la precariedad laboral.

Comisiones Obreras, junto a las protagonistas del mismo, lo ha estado presentando y ha distribuido 6.000 ejemplares. Se han mantenido ruedas de prensa, encuentros, traslado de



El reconocimiento de la enfermedad profesional



su situación a los grupos políticos, trabajos de investigación en las condiciones de trabajo y hábitos para paliar los daños.

Lo que produce alteraciones musculoesqueléticas no reconocidas como debidas a las condiciones de trabajo. Por lo que hay un doble problema: lo que se desconoce, no se previene y las personas ven mermadas sus retribuciones.

Problemas lumbares, cervicalgias, problemas dorsales, sobreesfuerzos en el trabajo de tensión y distensión de las muñecas acompañado de manipulación de cargas...En un sector feminizado, permite que estos trastornos queden imbuidos entre los debidos a enfermedad común y no se actúe con carácter de evitación o protección frente al riesgo.

El sindicato no ha claudicado y pese a la situación económica y de pérdida de derechos ha conseguido 21 convenios provinciales y autonómicos que da cobertura al personal de multiservicios en cuanto a que sus condiciones se asimilen a las de camareras de piso de plantilla. En esta situación las patronales y la intermediación de las empresas multiservicios dejan de tener beneficios. Por lo que la externalización deja de ser una bicoca.

En la mesa sectorial por el empleo de calidad en el sector en 2018 se puso en valor la prevención de riesgos laborales. De tal modo que el sindicato ha recopilando información sobre el subregistro de enfermedades profesionales, situación corroborada por las administraciones territoriales de Canarias, País Valenciano, Baleares, Andalucía.

La evidencia del subregistro ha motivado el reconocimiento por la Dirección General de Ordenación que ha dictado una instrucción mediante un oficio para que cuando se den las patologías determinadas en el colectivo de limpieza en hoteles se reconozca por la mutua la enfermedad como profesional:

- **2D0101 Hombro: patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores.**

Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



- **2D0201 Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis.** Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.
- **2D0301 Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. de Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo.** Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca.

Un éxito para el reconocimiento de enfermedades profesionales por medio de la acción sindical mantenida, la negociación institucional y la presencia reivindicativa del sindicato en el sector, que no ha cesado ni en los momentos de más penuria para la negociación colectiva. El éxito del reconocimiento es un justo precio y ahora corresponde evaluar los resultados.

Participación en la Comisión Nacional para el desarrollo de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo

Comisiones Obreras participa activamente en la Comisión Nacional para el desarrollo de la vigente Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2015-2020²⁹, en la que se establecen objetivos para que las Administraciones competentes pongan en marcha los instrumentos para el logro de los mismos y a la que se llevan propuestas normativas.

La Estrategia dedica un Objetivo a la Enfermedades Profesionales (objetivo 3B), y allí se establece que:

²⁹ Ver: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, página 31, disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf



El reconocimiento de la enfermedad profesional



La prevención de las enfermedades profesionales es uno de los ámbitos sobre los que se debe trabajar de manera más intensa, especialmente en los sectores y actividades con mayores índices de incidencia. Para ello resulta imprescindible promover el estudio y la investigación de las enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, identificando mejor los agentes causantes, sus efectos y las medidas de prevención.

Conforme al Acuerdo de propuestas para la negociación tripartita para fortalecer el crecimiento económico y el empleo, de fecha 29 de julio de 2014, es necesario garantizar un adecuado registro de las enfermedades profesionales para evitar una menor protección social y un desplazamiento del gasto hacia el Sistema Nacional de Salud. Para ello, en colaboración con las Comunidades Autónomas, se instrumentarán los procedimientos y la formación adecuados a los profesionales sanitarios, para una apropiada clasificación de las mismas.

La mejora del intercambio de información y de la coordinación entre los profesionales de la salud, tanto del sistema público sanitario como de los servicios de prevención, ha de servir para favorecer la detección precoz de las patologías profesionales y, en consecuencia, actuar de manera más rápida y eficiente.

Por lo anteriormente expuesto se proponen las siguientes líneas de actuación:

1. Mejorar y promover el estudio y la investigación de enfermedades profesionales, así como la detección y comunicación de las mismas, con la máxima de anteponer la prevención a la rehabilitación.

Las líneas de actuación de la citada Estrategia respecto a las EEPP, se incluyeron las siguientes:³⁰

1. Mejorar y promover el estudio y la investigación de enfermedades profesionales, así como la detección y comunicación de las mismas, con el objeto de anteponer la prevención frente a la rehabilitación.

³⁰ Ver la página 72 de la citada Estrategia.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



- *Profundizar en el estudio de enfermedades profesionales que se consideren prioritarias, identificando sus causas y medidas de prevención.*
- *Armonizar, de común acuerdo con las Comunidades Autónomas, el procedimiento que desarrolle el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, relativo a la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención. Sensibilizar e informar a los actores implicados para la implantación eficaz de dicho procedimiento.*
- *Definir criterios de aplicación del Real Decreto 1299/2006 con los facultativos del Instituto Nacional de la Seguridad Social y con los de las entidades colaboradoras.*
- *Mejorar el intercambio de información y el conocimiento sobre los daños para la salud derivados del trabajo entre las instituciones competentes (CEPROSS, PANOTRATSS, IT e IP, etc.), en aras de mejorar la prevención de las mismas.*
- *Mejorar las fuentes de información para permitir una adecuada identificación de colectivos, actividades y empresas expuestas a cancerígenos químicos incluidos en los Anexos I y II del Real Decreto 1299/2006.*

Grupo de trabajo de EEPP del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Los órganos de participación del INSS permiten el intercambio de posiciones respecto al reconocimiento y registro de enfermedades profesionales con el grupo en el que participan representantes de las Administraciones de Trabajo, Sanidad, Administración Territorial y de los agentes sociales.

Desde el año 2015 los sindicatos vienen promoviendo en el Consejo General del INSS la necesidad de hacer aflorar un mayor número de enfermedades profesionales, mejorando



los canales habilitados para ello. Además, se impulsa el estudio de la evidencia científica para demostrar que enfermedades profesionales que figuran en el Anexo 2 puedan pasar al Anexo 1.³¹

Últimamente se han conseguido mejoras respecto a la declaración y de procedimientos, en cuanto a:

- Silicosis grado I. Enfermedad profesional y susceptible de incapacidad permanente.
- Cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto.
- Cáncer de pulmón en trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre.

Sobre silicosis grado I

Los sindicatos promovieron que se atiende a la circunstancia de aquellas personas expuestas a polvo de sílice, a las que en las pruebas de salud se les detectaba una silicosis grado I, que supone pérdida de salud pero que no estaba protegida suficientemente por el sistema de prestaciones de la Seguridad Social, al no considerarse que estén enfermas. En esas situaciones, sin embargo, de no limitarse la exposición, lo más probable es que la persona llegue a enfermar. Los sindicatos expusieron la disyuntiva en la que si la persona afectada no es considerada incapaz para su trabajo con exposición a la sílice, continuaban expuestas; y la única alternativa era dejar su empleo, pues el sistema no contaba con garantía para estas situaciones. Esto quedó resuelto dando la posibilidad a la persona afectada de acceder a la prestación de incapacidad permanente, si las circunstancias laborales no permitían una recolocación con garantías. Así, cuando en la vigilancia de la salud quede manifiesto que una persona está afectada de silicosis en grado I, si en la misma empresa no existe un puesto de la misma categoría profesional que esté exento de exposición a sílice, esa circunstancia debe

³¹ Tal como se explica más arriba, el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, contiene en su anexo 2 la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se **sospecha** y cuya inclusión en el anexo 1, como enfermedad profesional, podría contemplarse en el futuro. Ver en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22169> .



El reconocimiento de la enfermedad profesional



ser constatada por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y entonces el INSS puede considerar que el trabajador está inhabilitado para el desempeño de su profesión habitual y proceder al reconocimiento, además de la enfermedad profesional, de una incapacidad permanente total.³²

Sobre cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto

El Cuadro de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social incluía, en su Anexo 2, con el código C601, el cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto. Habiendo, sólidas evidencias científicas, estas se han aportado, discutido y corroborado. Así, el grupo de trabajo del INSS ha puesto de manifiesto que existe una evidente relación entre el cáncer de laringe y el amianto. De este modo, pasó a incluirse en el Anexo 1, como enfermedad profesional causadas por agentes carcinógenos y, en concreto, por el amianto un nuevo subagente, el cáncer de laringe, enumerándose asimismo las principales actividades asociadas a ese subagente.

Sobre cáncer de pulmón en trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre

El polvo respirable de sílice libre, que puede adoptar la forma cristalina, puede provocar cáncer de pulmón y no solo silicosis. Por este motivo, y puesto que en el anexo 2, grupo 6, código C601, se refiere a las enfermedades provocadas por agentes carcinógenos no incorporadas en otros apartados anteriores, tras la aportación de evidencia científica, y el subsiguiente debate, se procedió a acordar en el grupo de trabajo del INSS, la incorporación al anexo 1 del cáncer de pulmón en trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre. Para esta enfermedad profesional no se precisa el paso previo por una silicosis.³³

³² En la reunión del 25 de junio de 2015 la Administración se comprometió con los agentes sociales para la divulgación del criterio interpretativo acordado por todos los presentes para la aplicación del artículo 45.1 de la Orden de 15 de abril de 1969 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social.

³³ La modificación del RD 1299/2006 se hace por medio del Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo.



Asesoramiento técnico-legal para el cambio de contingencia

Cuando una persona trae su caso a la atención de los gabinetes de salud laboral CCOO, las y los asesore/as analizan el caso y ayudan a la persona a reunir la información necesaria para presentar ante la empresa o ante la mutua. Además, ayudan y orientan sobre el modo de presentar la solicitud de cambio de contingencia, ya sea acudiendo a la Mutua o solicitando el **cambio de contingencia por la vía administrativa**. Pensemos por ejemplo en el caso siguiente:

Al gabinete de Salud Laboral llega una peluquera a la que por vía administrativa le habían reconocido una epicondilitis. La mutua le reconoce el origen profesional de la dolencia y permanece con baja y tratamiento un año. Tras reincorporarse al trabajo aparecen de nuevo las molestias pero la mutua deniega el reconocimiento de los síntomas como derivados de su trabajo.

En atención primaria le dan la baja por contingencia común. La persona acude al Gabinete de Salud Laboral de CCOO y allí le ayudan a solicitar el cambio de contingencia, que es aceptado. Y además, aquejada luego de nuevas molestias, le es reconocido un síndrome en el nervio radial (que supone terminaciones nerviosas a músculos del brazo, antebrazo, muñeca, y mano, así como la sensación cutánea del dorso de la mano).

Cuando el recorrido anterior no terminan en el reconocimiento del derecho de la persona trabajadora a su declaración del daño como de origen laboral, agotada la vía administrativa, se propone acceder a la intervención de la justicia.

Entonces, los gabinetes de salud laboral trasladan el caso al gabinete jurídico para dar asistencia a la acción judicial. Allí, se prepara el juicio con todos los indicios disponibles. A veces incluso, echando mano de información indicial. Buena parte de las sentencias de los juzgados de lo social, fallan ordenar al INSS a que reconozca una contingencia profesional, ya sea bajo la rúbrica de “enfermedad profesional” o de “accidente de trabajo.”

Campaña por el reconocimiento de las patologías de la voz como EEPP en el caso de teleoperadores y teleoperadoras en actividad de call center

Tras atender distintos casos de personas de este colectivo que se acercaban al sindicato con problemas de la voz que les impedían trabajar, y sin lograr que las Mutuas reconocan el



El reconocimiento de la enfermedad profesional



origen profesional de esta dolencia para estas personas, CCOO inició una campaña de información para estos colectivos.

El primer caso en el que intervino CCOO en 2015 se trataba de una teleoperadora que llevaba meses sin poder trabajar con diagnóstico de nódulos en sus cuerdas vocales. Se logró que se reconozca que esta dolencia estaba provocada por sobreesfuerzo repetido al ejercer su trabajo en una empresa de *telemarketing*. Tras la intervención de CCOO la delegación del Instituto Nacional de la Seguridad Social reconoció el origen profesional de ese caso.

La campaña de información hace hincapié en que esta actividad requiere largas horas hablando por teléfono, lo que convierte al personal en “profesionales de la voz”, es decir, las personas que utilizan en su trabajo la capacidad de habla como herramienta fundamental. La carga vocal excesiva ocasiona un abanico de lesiones agudas y crónicas, pero hay que señalar que el cuadro de Enfermedades profesionales del RD 1299/2006 solo reconoce una de estas lesiones, los nódulos de las cuerdas vocales.

Además, en la campaña se señala la alta incidencia de las patologías de la voz en las actividades de *telemarketing*, que si bien no se pueden cuantificar adecuadamente por falta de reconocimiento, tiene reflejo tanto en la literatura científica³⁴ como en el seguimiento de eventos centinela que realiza la Comunidad Foral de Navarra.

Con la campaña se pretende combatir el hecho de que muchas empleadas/os desconocen que sus dolencias se deben al trabajo y que el plan de prevención y lo/as trabajadores debería tomar medidas preventivas para evitarlas. En la campaña se señala la necesidad de una adecuada evaluación de riesgos, formación e información y vigilancia de la salud, para permitir la detección temprana de las dolencias (en los reconocimientos médicos solo se examina la salud vocal cuando se solicita expresamente por la persona).

³⁴ Entre las condiciones de trabajo que propician las patologías de la voz está en primer lugar la fatiga vocal, asociada a veces a mal uso vocal, como gritar, carraspear, etc. o falta de técnica vocal apropiada; pero principalmente, se relaciona con el sobreesfuerzo mantenido: uso intenso y falta de reposo vocal, muchas veces por extensión de la jornadas de trabajo, o bien insuficientes pausas y descanso; también intervienen factores ambientales como el ruido ambiental, algo frecuente en lugares de trabajo como las salas con mucha gente en que la propia voz de otros compañeros requiere forzar la voz; también influyen los ambientes muy secos y la insuficiente hidratación, el polvo ambiental, el humo o el consumo de tabaco, etc. así como factores de susceptibilidad individual. La precariedad laboral, la persecución de unos objetivos irrealizables, y los factores de estrés y ansiedad también incrementan el riesgo de patología vocal.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



En la campaña, y en las denuncias interpuestas por CCOO y otros sindicatos respecto de varias empresas del sector, se señala que el riesgo para la salud vocal en esta actividad se incrementa cuando se utilizan sistemas de marcación automática o de llamadas a demanda. Estos sistemas aumentan la sobrecarga de las cuerdas vocales. En estos sistemas están diseñados para aumentar la productividad eliminando los descansos entre llamadas: al terminar una llamada se recibe inmediatamente la siguiente sin ni siquiera poder tomar un breve respiro. Es el sistema el que marca y va asignando las llamadas respondidas.

En una empresa multinacional con más de 4.000 empleados en España, que se dedica al *telemarketing*, los delegados y las delegadas de prevención han estudiado la situación y han podido comprobar que los colectivos con mayor exposición son los que trabajan en “emisión”, es decir, en ventas, concertación de citas, etc. La representación de Comisiones Obreras está trabajando en la prevención y el reconocimiento de las EEPP en el sector: acompañando a las personas a la mutua para que les reconozcan los daños a la salud como de origen profesional. Además han instado a la Inspección de Trabajo para que examine los procedimientos de trabajo, y evite que la producción se organice con una prioridad absoluta de la búsqueda de beneficio económico en lugar de asegurar las condiciones de salud, y así lograr que las personas puedan realizar pausas y descansos.

Impulso a iniciativas legislativas

Desde Comisiones Obreras se viene abanderando la aprobación de la propuesta de ley que dé sustento a un **fondo de compensación a las víctimas del amianto**, iniciativa que es ampliamente apoyada y potenciada por todos los sindicatos. Esta es una iniciativa política que se propuso y aprobó primero en el Parlamento Vasco y se trasladó luego al Parlamento Nacional. Hay hecho un intenso trabajo de contacto con los grupos parlamentarios que parecen dispuestos a que salga adelante la norma (aunque la reciente convocatoria de elecciones nacionales ha dejado la Ley en situación de espera).



El reconocimiento de la enfermedad profesional



La idea es crear un fondo estatal de recursos económicos para resarcir a las víctimas por exposición directa o ambiental al amianto; tiene como objetivo facilitar el acceso a compensaciones sin que los afectados tengan que iniciar largos procesos judiciales.

Este tipo de fondos ya existen en países como Francia, desde 2002 (***Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, FIVA***), y en Bélgica, desde 2007 (el ***Asbestfonds-Fonds d'Amiante, AFA***).

Estudio de casos



Se presentan a continuación casos en los que el reconocimiento del carácter profesional de las enfermedades derivadas del trabajo supuso un largo periplo, para el que las personas afectadas contaron con el apoyo de los gabinetes de salud laboral y jurídicos de CCOO.

Para la elaboración de estos relatos se consultaron sentencias y se realizaron entrevistas con personas de esos gabinetes. En la mayoría de los casos, también se ha podido entrevistar a las personas afectadas.



Caso 1: Trabajador que desarrolla mesotelioma pleural por exposición al amianto

Manuel empezó a sentirse enfermo en 2013. Venía desempeñando su trabajo en la empresa ADIF (anteriormente Renfe) desde 1974, como montador eléctrico de instalaciones de seguridad, pasando de la categoría de ayudante de montador hasta la de encargado, ejerciendo en diversas instalaciones de la empresa. Las tareas que realizaba incluían el manejo y almacenamiento de unas resistencias para circuito de vía con relé. Uno de los modelos que se usaban (marca Bombardier, antigua Ericcson) venía con un aislamiento, de fábrica, hecho de un material que luego se demostró que era **amianto**, que con el paso del tiempo y la exposición al calor, se iba volviendo friable.

Los trabajos de mantenimiento que realizaban él y sus compañeros comenzaban con la limpieza del polvo acumulado en la instalación, con pincel y paño; a menudo, cuando atendían averías, procedían a palpar la resistencia para verificar el nivel de calor y entonces medían las tensiones en el cuadro, y a la revisión e inspección de componentes y en ocasiones, al desmontaje de las resistencias.

En el verano de 2013, Manuel comienza a notar que su capacidad respiratoria se había reducido y que tenía dificultades para correr y jugar al fútbol, deporte que practicaba regularmente a pesar de su asma. Acudió entonces a su médico de atención primaria que le realizó una espirometría que evidenció una reducción significativa de su capacidad pulmonar, pero no llegó a investigar más.

Pero fue durante las vacaciones de navidad de 2013 cuando Manuel empezó a sentirse peor; empieza a tener febrícula y a sentir dolor torácico en el costado derecho, al nivel donde acaban las costillas. El 7 de enero de 2014, cuando regresa a su puesto de trabajo, su estado de salud hace que sus compañeros le trasladen a un servicio de urgencias comarcal donde comienzan a investigar el origen de los síntomas; con los medios disponibles, solo hallaron alteraciones en el recuento de linfocitos. Por esa razón, para buscar el origen de los síntomas, le remitieron al hospital de referencia de la zona para que le realicen una biopsia.

Tras comprobar que lo habían colocado en una lista de espera con mucha demora, volvió a



El reconocimiento de la enfermedad profesional



la consulta de la neumóloga que había solicitado la prueba y entonces ella gestionó que le pasaran a la vía de urgencia: de este modo logró que en febrero lo ingresaran para realizar las pruebas.

Durante los días en que Manuel permaneció ingresado en el hospital del sistema público de salud, le completaron el diagnóstico y le comunicaron a Manuel que su enfermedad es un **mesotelioma pleural**; y que necesitaban realizarle otras pruebas complementarias para preparar una intervención quirúrgica.³⁵ Le ingresaron para cirugía en mayo, permaneciendo en esta unidad 12 días. En lugar de quitar todo el pulmón derecho, como le habían anunciado, los médicos valoraron sobre la marcha que convenía una intervención menos cruenta y sacarle solo lo visible. Seguidamente recibió tratamiento paliativo con quimioterapia (6 sesiones y controles).

Desde 2015, desde que el tumor volvió a crecer, Manuel es atendido en otro centro médico público en el que se aplican tratamientos experimentales personalizados. Desde 2016 está recibiendo un tratamiento de inmunoterapia, con buena respuesta, aunque persiste la disnea, el dolor torácico y la limitación funcional. A día de hoy su estado es estable, dentro de la gravedad.

Manuel permanecía desde el 7 de enero de 2014 de baja laboral por **contingencia común**. Tras la operación, presentó el informe emitido por su cirujano y el personal médico de la empresa aceptó el carácter profesional de la dolencia y así lo comunicó a la Mutua, para su notificación como **enfermedad profesional**. Esta calificación se hizo efectiva el 10 de diciembre de 2014, con carácter retroactivo, desde el 7 de enero, no sin antes remitir a Manuel a un tribunal médico del servicio de salud de la Comunidad Autónoma.

El dictamen del tribunal médico emitido por el sistema de salud pública de su CCAA también fue presentado al INSS que, tras comprobar las lesiones que sufría Manuel, dictaminó en febrero de 2015 una **incapacidad permanente absoluta** derivada de enfermedad profesional.

³⁵ El mesotelioma es un tipo de cáncer para el que no existe cura, por lo que los tratamientos se consideran paliativos. Según lo avanzada que esté la enfermedad en el momento en que se descubre (estadio), la expectativa de vida puede ser más o menos larga; una vez que aparece la mayoría de los pacientes mueren antes de que pasen 5 años.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Investigando, los delegados de prevención, tuvieron conocimiento de que la presencia de amianto en las resistencias eléctricas con las que trabajaba Manuel se conocía por la empresa al menos desde el año 2003. Encontraron constancia documental de que en ese año, una Jefatura Territorial de la empresa, contigua a la de Manuel, recibió un *Parte de Información de Riesgos* (que es un sistema interno creado por la empresa para recibir comunicaciones de riesgos) que así lo señalaba, y que había sido emitido por el Encargado de sector de instalaciones de seguridad de la zona. También encontraron constancia documental de que el jefe territorial dio respuesta a dicho Parte, **dictaminando que NO existía riesgo de inhalación de polvo;** y que hizo esa afirmación sin que se hubiera realizado una medición de concentraciones de fibras de amianto ni muestreos complementarios en ese puesto de trabajo (cosa que no se hizo hasta junio de 2014, tras estar ya detectada la enfermedad de Manuel). En dicha respuesta, sin embargo, sí se indicaba que se establecían unas medidas preventivas para el trabajador denunciante (consistentes en EPIs y medidas higiénicas); también se afirmaba que se iba a dar traslado de la información a la Dirección Técnica. Sin embargo, no hay constancia de ese traslado de información ni a esa Dirección ni al resto de Jefaturas de la empresa, a pesar de que esa resistencia era una tecnología muy extendida en la empresa.

Por lo tanto, ese parte no derivó en el establecimiento de un programa de retirada de amianto en las resistencias ni de otras medidas preventivas para ese puesto. Tampoco se modificó el método de trabajo para reducir la exposición (cosa que sí se hizo cuando apareció el caso de Manuel, en 2014, cuando se prohibió que se realizara la limpieza con brocha, entre otras medidas).

Tampoco se estableció, tras el descubrimiento de amianto en la protección de las resistencias, en 2003, un programa para la vigilancia de la salud de los trabajadores con posible exposición, lo que sí se hizo cuando ya se descubrió este caso, en el año 2014. En esta fecha se determinó que las medidas más adecuadas para proteger a los trabajadores durante el periodo transitorio hasta la retirada total de todos los elementos de las resistencias que contuvieran amianto (trabajos que fueron subcontractados a una empresa especializada en marzo de 2015) eran el uso de EPIs y la vigilancia de la salud.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Se da el caso de que ya había constancia de que en la empresa había exposición a fibras de amianto en otros puestos, en muy diversas localizaciones, y de que todos estos se fueron descubriendo de manera progresiva, en un lento goteo, lo cual dio lugar a que continúen las exposiciones durante años, incluso después de la prohibición total de este material en 2002, lo que ha posibilitado que estas exposiciones se cobren la salud y la vida de muchas personas.

Hay que señalar que una vez que apareció el caso de Manuel, entraron al programa de vigilancia de la salud de la empresa otros trabajadores de ese puesto. En este contexto, la reciente Respuesta del Gobierno a una Pregunta Parlamentaria del 2 de octubre de 2018) sobre el amianto en Renfe y ADIF evidencia que no se está actuando con la debida seriedad en este tema. En la respuesta gubernamental se afirma que “....*existe un proceso continuo para la identificación de posibles nuevos elementos o instalaciones con amianto que puedan suponer un riesgo laboral, valorándose, en su caso, cual es la actuación oportuna*”; y también que la antigua Renfe, a partir de los años 90 del pasado siglo comenzó a **ofertarles** a los trabajadores posiblemente expuestos pasar por reconocimiento médicos para la vigilancia de la salud y que esta política es la continuada por ADIF hasta hoy. El problema es que esta política deja fuera de dichos programas a trabajadores y a trabajadoras que ignoraran que en su trabajo hay exposición al no haber sido informados, y ello porque evidentemente, tampoco se realizan bien las evaluaciones de riesgos.



El caso de Manuel demuestra que la exposición al amianto en las resistencias pudo haber sido interrumpida en 2003, pero la empresa no puso en marcha las medidas necesarias para proteger la salud de los trabajadores en este puesto.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



En el caso de Manuel no fue difícil lograr que se le reconociera el origen profesional de su enfermedad; y ello es porque el mesotelioma es una de las pocas enfermedades cuya causa es siempre laboral. Y además, porque en su caso confluye también el hecho de que se encontró el foco contaminante, y por último, en la era de la precariedad, seguramente ha sido determinante el hecho de que cuando se descubrió su enfermedad Manuel todavía estaba trabajando para la misma empresa, y en tareas similares.

Tras una denuncia interpuesta por los delegados de CCOO ante Inspección de Trabajo, aportando las pruebas documentales de que la empresa conocía la existencia de amianto en las resistencias desde al menos el año 2003, este organismo impuso un **recargo de prestaciones, por omisión del deber de protección**. La empresa recurrió judicialmente dicho recargo. Pero la Justicia rechazó su argumentación.

La Mutua también recurrió a la Justicia; en su caso para intentar reducir su parte en el abono de la prestación, al considerar que Renfe, empresa de la que proviene ADIF, como autoaseguradora debía pagar una parte de la misma. El juzgado rechazó esta pretensión.

Además del recargo de prestaciones, Inspección de Trabajo también impuso a ADIF una **multa**, que también fue recurrida también, sin éxito.

En 2018 se celebró un **juicio por responsabilidad civil**, en el que Manuel pidió una cantidad por reducción de su esperanza de vida y de su calidad de vida, tras no llegar a un acuerdo con Adif. El juzgado falló una indemnización de 250.000 € que no fue recurrida por ninguna de las dos partes.

Caso 2: Silicosis en trabajos con placas tipo “Pladur”

Vlad, nacido en 1979, estudió en Rumanía e inició su vida laboral en España en el año 2005, adonde llegó acompañado de su hermano, mayor que él, que con el tiempo montó una empresa dedicada a la construcción. Desde su llegada Vlad estuvo dado de alta en un par de empresas relacionadas con la construcción; la primera perteneciente a un compatriota. Además esporádicamente, trabaja en la hostelería por cortos periodos. En mayo de 2007



El reconocimiento de la enfermedad profesional



comienza a trabajar en la empresa de su hermano como montador de paneles o placas de *cartón de yeso*.³⁶

Hacia el año 2013, mientras seguía trabajando en esas tareas y en la misma empresa, empezó a encontrarse mal; siente dificultades para respirar, disnea, cansancio permanente y catarros frecuentes. Es atendido en atención primaria por los catarros, mientras sigue de alta y trabajando. Aunque su estado de salud va empeorando no se plantea acudir a la Mutua, pues sigue pensando que sufre de catarros.

Dos años después, en mayo de 2015 siguió con los episodios de enfermedad y su hermano le aconsejó acudir a un médico. Allí le encuentran unos nódulos en el pulmón compatibles con una silicosis crónica **y le dan de baja por enfermedad común**. Todavía no considera acudir a la Mutua porque cree que se pueden ocasionar complicaciones y problemas para un negocio familiar.

Más adelante le diagnostican **silicosis crónica** y los médicos le informan que sólo pudo haberla contraído por contacto con polvo de sílice, a la vez que le transmiten la idea de que no hay posibilidad de que se trate de una enfermedad relacionada con su trabajo pues, le dicen, “sólo se puede contraer en la minería.”

La baja se prolonga durante un año y Vlad tramita un expediente de **incapacidad permanente, que se le deniega**.

A partir de ahí, por recomendación de su hermano y otros conocidos, acude al servicio jurídico de CCOO del que saben de su existencia por haber leído “*algo*” en Internet. Cuando Vlad se pone en contacto con el servicio jurídico laboral de CCOO tenía ya la idea de que *su caso* podría ser reconocido como enfermedad profesional, pues se había informado sobre el tema en Internet. Vlad traslada al servicio jurídico que entiende que en su trabajo ha podido entrar en contacto con **polvo de sílice** durante la aplicación de una fina capa de malla de vidrio que según creía, podría ser de cuarzo, donde se encontraría la sílice que le afectó a su salud. En su empresa, cuyos trabajadores eran solamente él y su hermano, no tenían

³⁶ El montador de placas de yeso laminado es el profesional encargado del montaje de sistemas de tabiquería desmontable. Este sistema está básicamente formado por una estructura metálica sobre la cual se atornillan placas de yeso laminado. Este material es conocido popularmente como *Pladur*, aunque éste es solo el nombre de una de las marcas que se encuentran en el mercado (y que pertenece a Uralita, gran marca del sector).



El reconocimiento de la enfermedad profesional



evaluaciones de riesgos y solo contaban con algunos EPIs inespecíficos para este tipo de manipulaciones, que por otra parte tampoco solían usar.

Por otra parte traslada al gabinete también su temor de que el reconocimiento de una EEPP afecte a su empleador, que es su hermano, por lo que pregunta si pueden caerle responsabilidades “porque si no en esto no se mete”. En el gabinete le responden que al carecer la empresa de antecedentes, no caerá en responsabilidad.

El equipo legal explica a Vlad que su situación permite iniciar dos procesos: uno para el reconocimiento del carácter profesional de su enfermedad y otro para volver a insistir en el reconocimiento de una incapacidad permanente, que Vlad ya había solicitado y que le había sido denegada. Esa denegación era sorprendente, pues constaba en el expediente un informe médico de síntesis que establecía que el estado físico de Vlad le impedía volver trabajar al no poder “realizar esfuerzos físicos ni actividades laborales en ambientes contaminados.”

Vlad decide por tanto demandar ante el INSS, ante la Mutua y ante la empresa por la incapacidad permanente derivada de una enfermedad profesional, y subsidiariamente por enfermedad común.

Para preparar la demanda, el gabinete jurídico del sindicato necesitaba recoger información para responder a la pregunta **¿dónde se encuentra el polvo de sílice en el trabajo que realiza Vlad?**

No encontraron sentencias previas en relación a montadores de yeso. Solo tenían el conocimiento que aportaba el propio trabajador. Revisando estudios, pudieron verificar que el vidrio mencionado por Vlad no contiene sílice.

Por tanto, ampliaron la búsqueda: necesitaban las fichas técnicas del cartón yeso, que es el material con el que trabajaba Vlad. Buscaron a través de Internet y a través de Servicios de Prevención de otras empresas, sin resultados.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Es a través de Internet donde lograron encontrar fichas de seguridad de este producto correspondientes a empresas que lo elaboran; una de Estados Unidos y de otra que lo fabrica en Francia y que tiene implantación en Estados Unidos. En esas fichas se afirmaba claramente que el manejo de cartón yeso entrañaba el peligro de inhalación de sílice y, así, de contraer silicosis; las fichas señalan además que para operar con este material se deben usar controles de ingeniería, adoptar prácticas de trabajo adecuadas y utilizar equipos de protección personal (PPE) apropiados, todo ello para **evitar la exposición al polvo**. Una de estas Hojas de Datos de Seguridad de Materiales indicaba que *“esta HDSM cubre muchos tipos de cartón yeso. La composición individual de los componentes peligrosos variará de un tipo de cartón yeso a otro”* y menciona también el riesgo de enfermedades autoinmunes, tuberculosis y renales. Esos datos permitieron al gabinete centrar el caso en la exposición de Vlad durante el uso de este producto.

En la búsqueda de información hallaron también un informe del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, organismo perteneciente al CDC de Estados Unidos) con el título de [Control del contacto con el polvo producido al lijar paredes de cartón yeso](#),³⁷ que ya en el año 1999 había descrito el riesgo de silicosis en las operaciones de lijado de este producto, y que establecía la necesidad de implantar medidas de aspiración del polvo que se produce en esas tareas. Allí se afirma que *“los trabajadores de la construcción que liján el compuesto utilizado en las uniones de las paredes de cartón yeso (drywalls) con frecuencia están en contacto con altas concentraciones de polvo y, en algunos casos, de*

³⁷ NIOSH (1999). Control del contacto con el polvo producido al lijar paredes de cartón yeso. Traducción de la publicación en inglés N.º 99-113. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades -dependientes del HHS (gobierno de EEUU). Disponible en castellano en https://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/99-113_sp/



El reconocimiento de la enfermedad profesional



*sílice respirable. En la preparación de los compuestos utilizados en las uniones de las paredes de cartón yeso se emplean muchos ingredientes (por ejemplo, talco, calcita, mica, yeso, sílice). Algunos de estos se han asociado a diversos grados de irritación de ojos, nariz, garganta y de las vías respiratorias. Con el tiempo, respirar el polvo de los compuestos utilizados en las uniones de las paredes de cartón yeso puede causar irritación persistente en la garganta y en las vías respiratorias, como también tos, producción de flema y dificultades para respirar similares al asma. Los fumadores o trabajadores con afecciones respiratorias o sinusales pueden enfrentar peores problemas de salud. **Cuando la sílice está presente, es posible que los trabajadores también tengan que hacerle frente a un mayor riesgo de silicosis y cáncer de los pulmones.*** Este publicación, por tanto, se convierte en la **base de la prueba documental de presunción para iniciar la demanda.**

También pidieron a Vlad que aportara la **ficha técnica** del cartón yeso que venía utilizando en su trabajo, partiendo del supuesto que no habría mayor dificultad para obtenerla por esa vía, dado que era su hermano quien compraba los productos. Pero resultó que los suministradores no proporcionan las fichas con las características técnicas y los riesgos para la salud de los trabajadores (ni para este y ni para otros productos). Esto se achacó a que el producto no era “de marca” porque la empresa adquiría sus suministros en empresas situadas en polígonos especializadas en productos para la construcción de tipo “económico”, no homologados. Como no fue posible obtener información sobre la composición el material por esa vía, el gabinete jurídico buscó **fichas técnicas** de este tipo de material pero “de marca” de fabricantes e importadores reconocidos. Pero pudieron comprobar que estos **tampoco las facilitan** (ni la marca Pladur ni otras); no las dan, por lo que ni siquiera se sabe si existen.

El equipo de CCOO valoró que la información acumulada era suficiente como para iniciar el camino hacia la demanda y el juicio. La demanda era doble. Por una parte, la incapacidad laboral, sobre la base de la valoración contenida en el informe médico de síntesis. Y por otra, demostrar que la enfermedad de Vlad es profesional sobre la base de la vida laboral del trabajador en el sector de la construcción, en particular manipulando cartón yeso, durante la cual estuvo expuesto a polvo de sílice.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Se produce una primera suspensión para obligar a la parte demandante a ampliar la demanda contra una segunda empresa -y contra su correspondiente mutua- en la que Vlad también había prestado sus servicios realizando el mismo trabajo de montador de cartón yeso.

La mutua, que hasta este momento no ha tenido contacto con Vlad, pide como es habitual una prueba pericial al trabajador. Sus peritos llegan a la conclusión y manifiestan en juicio que no se trata de una enfermedad profesional porque no cuadran los síntomas.

En todo este procedimiento, el escollo más difícil de salvar fue la opinión médica. Vlad presentaba una silicosis crónica y el conocimiento científico estimaba que esta enfermedad se presenta tras una exposición de 20 años o más. Sin embargo la vida laboral de Vlad en este oficio era de solo 8 años. Partiendo de ese supuesto, la Mutua alegó que necesariamente esta persona debió estar expuesta anteriormente, en su país, en el que sin lugar a dudas debió trabajar en alguna mina –dado que es el sector laboral típico para la aparición de estas enfermedades- o tuvo ya una exposición anterior en su país.

Según este argumento, dada su edad, Vlad tendría que haber empezado a trabajar en una mina a los 2 años de edad o haber nacido ya enfermo. La sentencia desestimó el argumento médico pues, razona que no se puede negar que Vlad que ha estado expuesto a polvo sílice y que está enfermo de silicosis. Es innegable que padece una silicosis crónica y que estuvo expuesto en su puesto de trabajo al polvo de sílice, habrá que revisar el conocimiento médico.

Iniciado el procedimiento en abril de 2016 se dicta en noviembre del mismo año la sentencia que **reconoce la incapacidad laboral permanente** -la mutua no se opone- **así como la enfermedad profesional. La Mutua no se conformó y presentó recurso** en el que alegaba que tratándose de una persona que proviene de un país del Este, entendía que había contraído la enfermedad en otros ambientes. Bajo prismas muy xenófobos aportaba abiertamente la posible exposición a polvo de sílice en trabajos en laboratorios de drogas (*Si no era en una mina... ¿Dónde podía ser?*). Ante esta situación el gabinete de CCOO se vio obligado a demostrar, a través de un certificado de estudios, que en los años que Vlad pasó en su país se había dedicado a estudiar y formarse.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Finalmente el TSJ que dicta sentencia firme en julio de 2017, confirmando todos los extremos de la sentencia anterior, por la que se mantiene la pensión derivada de una enfermedad profesional, y se reparten cargas en porcentaje entre las dos mutuas a las que pertenecían las diferentes empresas en las que prestó sus servicios Vlad. Entre otras cosas, la sentencia afirma que *“... Atendiendo a que la literatura médica refiere que la silicosis crónica se adquiriera tras más de 15 años en contacto con el polvo de sílice, las mutuas demandadas vienen a sostener, aun cuando su argumento no lo desarrollan con claridad, que es imposible que llevando el actor trabajando en España desde 2005, no han transcurrido más allá de 10 años en contacto con el polvo de sílice, por lo que habría sido en Rumanía donde desarrollara la enfermedad. El argumento no se sostiene. En primer lugar porque el actor nace en 1979 por lo que cuando se afilia al régimen general de la Seguridad Social cuenta con 26 años de edad, de modo que poco tiempo de trabajo razonablemente pudo haber generado en Rumanía... En consecuencia una mera especulación infundada no puede hacer dudar de un hecho incontestable y es la exposición del demandante a trabajos con ambiente contaminado por polvo de sílice desde su afiliación al sistema español de Seguridad Social en empresas de las que dichas mutuas son aseguradoras.”*

Desde ese momento Vlad percibe una pensión de incapacidad laboral permanente y la enfermedad -estable, por el momento- le impide realizar trabajos en el sector.

En CCOO han tenido conocimiento, a través de los servicios jurídicos de alguna de las mutuas, de que una asociación patronal del sector pidió, a raíz de la repercusión social que tuvo esta sentencia, además de una explicación de la misma, una revisión de todas las evaluaciones de riesgos realizadas en sus empresas en previsión de posibles nuevas demandas sobre, todo que pudieran venir acompañadas de reclamaciones de indemnizaciones por daños y perjuicios.

De momento, no se han aparecido más casos similares; sin embargo si hacemos caso de la latencia aceptada para esta enfermedad, y tomando en cuenta que el *boom* de la construcción se produjo en torno al año 2002, se puede por desgracia esperar que las enfermedades afloren más adelante, de la misma manera que ha sucedido con la exposición al amianto.



Caso 3: Trabajadora de Ayuda a Domicilio afectada por el síndrome del Túnel Carpiano

Esperanza, nacida en 1960, trabaja como auxiliar de Ayuda a Domicilio contratada por una empresa minoritaria del sector en su comunidad. Su jornada laboral es de lunes a viernes de 9 a 15 horas.

Cuando lleva algo más de un mes con dolor en una muñeca, y notando que “se le duermen los dedos” de esa mano por las noches, en febrero de 2017 acude a la mutua. Allí le diagnostican un **síndrome de túnel carpiano** pero afirman que no es derivado del trabajo y la remiten a su médico de cabecera para valoración. En abril de 2017 Esperanza es operada en el marco del sistema de público de salud, para liberar el nervio mediano en el túnel carpiano.

Tras la intervención, son los delegados de su empresa quienes la informan que su dolencia bien podía haber sido atendida por la mutua porque puede tener un origen profesional. Esperanza entonces se afilia a CCOO – “considera que debe hacerlo” - y acude a al Gabinete de Salud Laboral para consulta, donde le confirman que tiene base para solicitar el cambio de contingencia.

La técnica de prevención del gabinete de salud laboral comienza a recopilar información. En primer lugar, el Acuerdo del Convenio Colectivo del Sector de Servicio de Ayuda a Domicilio en donde aparecen identificadas las tareas que desempeñan las personas que tienen la categoría profesional de auxiliar domiciliaria: limpieza de la vivienda, atención de ropas, compras domésticas a cuenta del usuario, cocinado de alimentos, atención personal e higiene, especial atención a personas encamadas e incontinente, ayuda a la movilidad, acompañamiento en visitas terapéuticas.

Luego pide a Esperanza que le aporte los informes de resultados de todos los reconocimientos médicos que le haya realizado el servicio de prevención ajeno contratado por su empresa, desde los más recientes hasta los más antiguos. ¿Por qué? Porque su experiencia le ha demostrado que se han ido recortando las pruebas realizadas a las



El reconocimiento de la enfermedad profesional



trabajadoras de este un sector (muy feminizado) de modo que los protocolos aplicados en el marco de la vigilancia de la salud se aplicaban de modo más completo hace cuatro años que en las últimas revisiones. Así, en el último que le habían realizado, en 2017, había recortado el reconocimiento y había desaparecido todo lo relacionado con movimientos repetitivos de miembros superiores.

La técnica de prevención le pide también que aporte la evaluación de riesgos. Sobre su puesto, la evaluación señala sobreesfuerzos por posturas forzadas por movilización de usuarios (en el aseo, en el cambio de posturas) y también sobreesfuerzos por adopción de posturas inadecuadas en los diversos trabajos de limpieza y también de manipulación de cargas excesivas acompañadas de movimientos repetitivos nuevamente en las tareas de limpieza.

La técnica del gabinete de CCOO observa que es posible evidenciar, con esa información, que la patología de Esperanza está recogida en el cuadro de enfermedades profesionales (RD 1299/2006) concretamente con el código 2F0201, que asimila estas dolencias a *trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión de la muñeca, de aprehensión de la mano*. Toma también en cuenta que en el protocolo de vigilancia sanitaria específica de movimientos repetitivos en miembros superiores aparece el síndrome de túnel carpiano relacionado con las tareas que se realizan en los puestos de trabajo que implican esfuerzos, movimientos repetitivos, apoyos mantenidos o prolongados y posturas forzadas. Y hace especial hincapié en que no se conoce otra causa diferente que la laboral que pueda haberle generado la lesión.

Además, considera que es conveniente aportar la sentencia del TS de 5 de noviembre de 2014 que reafirma que la enumeración de profesiones que aparece en el cuadro de enfermedades profesionales (RD 1299/2006) es de carácter enunciativo, y que da pie a la aplicación a otras profesiones.

Por su parte, la mutua argumenta que el Tribunal Supremo se refiere a la profesión de Limpiadora y no de Ayuda a Domicilio y que en la vía administrativa se desestimó por ello la



El reconocimiento de la enfermedad profesional



demanda presentada por Esperanza. Frente a esto, la representación de la trabajadora se remite a una sentencia del Juzgado de lo Social, la 150/2016, en la que a una trabajadora de Ayuda a Domicilio se le reconoce un túnel carpiano como enfermedad profesional.

El Juzgado de lo Social desestima la demanda con el argumento de que Esperanza es trabajadora de Ayuda a Domicilio y no Limpiadora.

Se presenta entonces demanda ante el **Tribunal Superior de Justicia de su comunidad, que sí estima el recurso** al valorar, en primer lugar, que la descripción de las tareas del puesto que aparecen en el convenio; en segundo lugar, valora los protocolos de vigilancia de la salud aplicados y por último las evaluaciones de riesgos presentadas. La sentencia reafirma que una Auxiliar de Ayuda a Domicilio, realiza las mismas tareas de una Limpiadora; y que el desempeño de las tareas de acompañamiento o gestión de recetas ocupan menores partes de tiempo. Por lo tanto, la trabajadora está expuesta a movimientos de extensión y flexión de muñeca, a movimientos de muñeca continuos y sostenidos tanto en las tareas de limpieza como en las de movilización de pacientes. El fallo del recurso establece que el periodo de incapacidad temporal iniciado por Esperanza entre el 19 de abril de 2017 y el 2 de julio de 2017 deriva de enfermedad profesional.

Tras su reincorporación, y tras el reconocimiento médico pertinente, Esperanza se reincorpora a su puesto de trabajo. La delegada de personal de su empresa consigue que la empresa realice la adaptación de su puesto de trabajo, lo que significa que le son asignados trabajos *más llevaderos*.

Caso 4: limpiadora con Tenosinovitis estenosante digital

En el mes de septiembre de 2014 la trabajadora empieza a sentir dolor en el cuarto dedo de la mano derecha y su médico de atención primaria le prescribió antiinflamatorios.

En febrero de 2015, además de dolor, comenzó a notar que el dedo se le quedaba “engatillado”. El 25 de marzo de 2015 el médico de atención primaria le dio la baja (incapacidad temporal por contingencias comunes) con el diagnóstico de dedo en resorte



El reconocimiento de la enfermedad profesional



(Tenosinovitis estenosante digital). En interconsulta se constata que necesita intervención quirúrgica.

Para entonces llevaba ya diez años prestando servicios (desde el 6 de junio de 2005) para la misma empresa, dedicada a la actividad de limpieza de edificios y locales, con un contrato de trabajo indefinido a tiempo parcial (37,5%) y con la categoría profesional de limpiadora. En ese puesto realizaba diverso tipo de tareas, destacando la limpieza en comunidades de vecinos utilizando fregona y bayeta, lo que conllevaba el giro y flexión de la muñeca y mano derecha de forma continuada, así como movimientos repetitivos a lo largo de toda la jornada laboral.

En esa fecha, sintiendo dolor, acude a urgencias donde le diagnosticaron “artralgia crónica articulación MF de 4º dedo mano derecha”. En interconsulta se constata que necesita intervención quirúrgica y tras su operación recibirá el alta por mejoría en enero de 2016.

Estando de baja, la empresa había dejado de pagarle los salarios y la trabajadora presentó demanda a través del gabinete jurídico de CCOO, que resulta en la finalización de la relación laboral, por Sentencia de julio de 2015 al estimar el Juzgado de lo Social su demanda de extinción de contrato por voluntad de la trabajadora por falta de pago de salarios.

La trabajadora es atendida también por el Gabinete de Salud Laboral de CCOO donde le informan que puede iniciar un expediente para el cambio de contingencia, para que determine el origen profesional de su dolencia.

Se presenta un escrito a la Mutua con la documentación de diagnóstico para que se haga cargo del proceso de incapacidad, y que se le reconozca la Enfermedad Profesional, tomando en cuenta que esta figura en el Cuadro de EEPP. En la Mutua le examinan pero consideran que la enfermedad nada tiene que ver con el trabajo que ejecuta y la vuelven a derivar al médico de atención primaria.

Ante la negativa, con fecha 29 de septiembre de 2015 la trabajadora presenta solicitud ante el INSS para la determinación de contingencia del proceso de I.T iniciado el 25-03-2015, redactada por el gabinete de Salud Laboral,



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Dicha solicitud, también es rechazada: en noviembre de 2015 el INSS emite Resolución declarando el carácter común de la incapacidad temporal.

La asesoría de salud laboral remite entonces a la trabajadora al servicio jurídico de CCOO, al objeto de que se proceda a la impugnación de esa Resolución del INSS. Así, en diciembre 2015 se presenta demanda ante el Juzgado de Primera instancia en impugnación de contingencia, en la que se pide que a la trabajadora se le declare afectada por una Incapacidad Temporal por contingencia profesional (EEPP) desde el comienzo de su baja en marzo de 2015 hasta que se produzca su curación o propuesta de invalidez.

Dicha demanda fue desestimada por Sentencia del Juzgado de lo Social en febrero de 2016. El tribunal hizo en esencia suyas las alegaciones formuladas por el INSS y la Mutua codemandada y afirma que la jornada es del 37,5% y que la patología no viene causada por los agentes que prevé la norma. La sentencia terminó concluyendo que *“La patología de la actora afecta por tanto a un único dedo que es el 4º dedo. El trabajo de limpiadora requiere de aprehensión (escobas, fregonas), pero esta función se realiza básicamente con el primer y segundo dedo, los que no han resultado afectados. A esto se une que la jornada de trabajo no excede de 4h al día”*.

Frente a dicha Sentencia el gabinete formuló un recurso de suplicación ante el Tribunal Superior de Justicia. Este Sala finalmente, en sentencia de Junio de 2016, estimó dicho recurso y anuló en consecuencia la Sentencia de la instancia. Rechaza los argumentos de la sentencia de primera instancia y basándose en la lógica de presunción de laboralidad que resulta del Cuadro, reconoce la dolencia de la trabajadora como EEPP. Rechaza por tanto los argumentos de la jornada parcial que hacía la trabajadora y de que la aprehensión en sus tareas se realiza supuestamente con otros dedos. Tal como recoge la propia sentencia del TSJ, el recurso de la trabajadora *“se fundamentaba en estimar que la enfermedad que padece la trabajadora se encuentra dentro del grupo 2 (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), subagente 03 (muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar –tenosinovitis de Quervain-, tenosinovitis del extensor largo del primer dedo), la*



El reconocimiento de la enfermedad profesional



cual figura vinculada a trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca”.

De este modo, al contrario que la Juzgadora de instancia, el Tribunal Superior concluyó que “en este caso la enfermedad que padece la actora se encuentra dentro del indicado punto del cuadro (dedo en resorte), por lo que únicamente hemos de atender a si la profesión de la misma implica a trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca. En caso afirmativo la enfermedad debe calificarse como profesional y el recurso debe ser estimado”.

Concluyendo la sala que “la profesión de limpiadora exige de aprehensión fuerte de los instrumentos de limpieza (especialmente escobas, cepillos y fregonas) con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, por lo que la presunción despliega su eficacia, exigiendo para su desvirtuación una prueba plena de que el origen de la enfermedad se sitúa en causas extralaborales, para lo que no basta con los razonamientos sobre la jornada a tiempo parcial de la actora, máxime cuando la misma ha desempeñado la profesión durante años, ni tampoco con el razonamiento de que la aprehensión se realiza fundamentalmente con el primero y segundo dedo, porque la norma nada exige al respecto y tal apreciación solamente se basa en un razonamiento indiciario que no constituye prueba plena para desvirtuar la presunción legal de laboralidad, que en este caso ha sido vulnerada por la sentencia recurrida”.

Actualmente la trabajadora se encuentra en activo, con empleo en otra empresa.

Caso 5: limpiadora que sufre una epicondilitis

Charo, nacida en 1972, trabaja en una empresa de limpiezas con la categoría de Limpiadora desde el año 2000 y presta sus servicios en despachos, comunidades de vecinos, salas de exposiciones y similares Su jornada laboral es de 25 horas semanales (de 6 de la mañana a 12). Entre sus tareas se encuentran el fregado, desempolvado, barrido, pulido de suelos,



El reconocimiento de la enfermedad profesional



techos, paredes, mobiliario, etc., de locales, recintos y lugares, así como cristaleras, puertas, ventanas desde el interior de los mismos, o en escaparates. En sus tareas aporta su esfuerzo físico, con útiles tradicionales o elementos electromecánicos considerados como de “uso doméstico” aunque sean de mayor potencia.

En junio de 2016, **tras 16 años trabajando en la misma empresa**, empieza a sentir molestias en su codo derecho. Acude a su mutua, con su correspondiente parte de asistencia facilitado por la empresa, y allí examinan las razones de su dolor agudo en el codo derecho, en la zona epicondílea lateral, que se le agudiza al hacer maniobras de extensión, a la vez que presenta una ligera tumefacción en la zona. El diagnóstico de la Mutua es que presenta calcificaciones y osificación muscular, de origen no laboral y también dictaminan que al no haber sufrido ningún traumatismo en el trabajo, tampoco se le puede asimilar su caso a “accidente de trabajo”. Así, la remiten a los servicios públicos de salud para la continuación de la asistencia.

Como el dolor no remite y no le permite realizar sus tareas laborales, **su médico de atención primaria le da la baja, por enfermedad común**.

Charo, que está afiliada a CCOO, tras consultar con su federación y sospechando que su dolencia se debe a su trabajo, contactó con el Gabinete de Salud Laboral de CCOO de su ciudad para consultar sobre la posibilidad de un cambio de contingencia. El gabinete estudia su caso y llega a la conclusión que es perfectamente viable un cambio de contingencias aunque en la preparación del caso deben enfrentarse al argumento de la Mutua de que no se trata de un accidente de trabajo ni tampoco de EEPP, al no estar expresamente mencionada la profesión de Limpiadora en el RD 1299/2006 que establece el cuadro de Enfermedades Profesionales

Para preparar el caso, le piden a Charo el informe emitido por el médico del sistema de salud pública. En ese informe se afirman dos cosas importantes: que no consta en el historial de la paciente anteriores problemas inflamatorios en su codo derecho, y que el propio facultativo indica que el cuadro clínico de Charo puede estar relacionado con su actividad laboral.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Preparan el caso sobre la base de ese informe y de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 5 de noviembre de 2014 sobre la cuestión de la etiología profesional de la patología del síndrome del túnel carpiano en la profesión de Limpiadora. Dicha sentencia vino a reafirmar que la enumeración de profesiones que aparece en el decreto que establece el cuadro de enfermedades profesionales (RD 1299/2006) tiene carácter enunciativo, como se deduce del uso del término “como” y que ello da pie a la introducción de nuevas profesiones.

El procedimiento administrativo es desestimado porque, según se afirma, no queda suficientemente acreditado el origen profesional de la dolencia.

Acuden entonces al Juzgado de lo Social. La sentencia **estima la demanda** exponiendo que la consecuencia principal de la calificación radica más bien en la «prueba de nexo causal lesión-trabajo» para la calificación de laboralidad; en virtud de la presunción contenida en el art. 166 de la Ley General de la Seguridad Social, tal prueba no se le exige al trabajador en ningún caso en las enfermedades profesionales listadas, aunque que sí se pide en principio en los accidentes de trabajo en sentido estricto. Es decir, le dice a la mutua que en estos casos no es pertinente decir que no hay traumatismo pues no decirle no estamos ante un accidente de trabajo sino ante una enfermedad profesional, que es algo que no se produce de forma súbita en el puesto de trabajo sino que es algo que va surgiendo y presentándose día a día hasta que llega uno que te impide realizar tu trabajo habitual.

Y la sentencia pone en valor la doctrina jurisprudencial presentada por el equipo jurídico del sindicato. La sentencia del Tribunal Supremo del año 2014 mencionada más arriba considera que *“las tareas de fregado, desempolvado, barrido, pulido de locales, recintos y lugares, así como cristalerías, puertas, ventanas desde el interior de los mismos, o en escaparates, que en general son las que efectúan las Limpiadoras, exigen en su ejecución la realización de movimientos de extensión y flexión de la muñeca forzados, continuados o sostenidos, para el manejo de escobas, fregonas, mopas, bayetas, cepillos y demás útiles de limpieza con la sobrecarga de muñeca que ello implica, y con la intensidad y repetitividad necesaria para generar la citada patología”*. Aunque dicha sentencia analizaba un túnel carpiano, dolencia diferente a la de una epicondilitis, resulta que el decreto 1299/2006 vincula la enfermedad



El reconocimiento de la enfermedad profesional



profesional de epicondilitis no solo a aquellos trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, sino también a aquellos que supongan movimientos de extensión forzada de la muñeca, consustanciales a los trabajos de limpiadora.

El fallo, por tanto, estableció que la mutua debe hacerse cargo del periodo de baja que duró desde junio hasta octubre de 2016, cuando tras someterse a infiltraciones Charo vuelve a su mismo puesto de trabajo. Cabe comentar que la baja de Charo bien podría haber sido más breve si la Mutua hubiera reconocido el origen laboral de su dolencia y le hubiera brindado el tratamiento adecuado.

Conclusiones del estudio de casos



Mediante el estudio de casos hemos podido reflejar los muchos y muy diversos tipos de fallos y situaciones que se producen en el funcionamiento de las instancias administrativas que intervienen en el reconocimiento de la EEPP, y que conjuntamente propician el subregistro.

Los casos demuestran que hay fallos que se repiten, en todo tipo de empresas, pequeñas y grandes, y que finalmente conducen a que las personas afectadas se vean obligados a recurrir a instancias jurídicas, lo cual obviamente no debería suceder.

Muchas enfermedades se evitarían con la mejora de las prácticas de la prevención de riesgos laborales, particularmente la evaluación de riesgos y la vigilancia de la salud. Si no se



El reconocimiento de la enfermedad profesional



identifican los riesgos, las personas continúan expuestas y además no reciben información sobre procedimientos de prevención. Evitar las evaluaciones de riesgos incompletas o incorrectas y las actividades de vigilancia de la salud inadecuadas debería ser una prioridad.

También contribuye a los fallos preventivos el hecho de que sigan circulando en el mercado sustancias y materiales que carecen de las debidas fichas de datos de seguridad, lo que demuestra también que se deben fortalecer los mecanismos de vigilancia de la circulación de esos productos.

Es frecuente que la denegación del reconocimiento de EEPP por parte de las Mutuas se apoye en argumentos formalistas respecto a la interpretación del cuadro de EEPP, argumentos que luego no se sostienen en los juzgados.

El conjunto de los casos refleja que para lograr alcanzar una sentencia favorable del reconocimiento de la EEPP se deben dar múltiples pasos por parte de las personas afectadas y sus defensores jurídicos. Para las personas afectadas por daños a la salud en el trabajo a las que se deniega el reconocimiento, emprender el camino para requerir dicho reconocimiento es una decisión difícil; los casos elegidos describen el esfuerzo y el sufrimiento personal que supone para las personas afectadas transitar esta vía. Las personas afectadas (o sus familiares, cuando estas ya han fallecido) necesitan ayuda para recorrerla.

Es comprensible, por tanto, que las personas afectadas valoren si les compensa o no, personalmente, emprender un periplo así. Es un hecho que ya sea por desconocimiento de la importancia social del reconocimiento, el desconocimiento de la vías administrativas, las dificultades y el coste que entraña el camino judicial, la importante repercusión emocional, y la escasamente atractiva compensación económica, los incentivos para iniciar esta vía no son muchos.

Y esto es disfuncional para el sistema de prevención, además de ser muy costoso socialmente. El sistema debería dejar de poner trabas y pasar a ayudar a las personas afectadas a alcanzar la compensación que por derecho les corresponde.

Solo emprenden el periplo las personas que están más motivadas, por distintas razones.

Algunas, debido a su larga relación con el sindicato, están concienciadas con el problema de



El reconocimiento de la enfermedad profesional



la visibilidad de los daños del trabajo y entienden la importancia del correcto reconocimiento. Otras están motivadas porque la enfermedad les hace sentirse víctimas de una enorme injusticia: a veces es por haber estado expuestas en su trabajo a agentes que les causaron daños a su salud, generalmente por omisión del deber de protección, y sin haber recibido información; otras personas emprenden el camino por el trato inadecuado que les ha dado la mutua, que a veces es percibido como denigrante (“nos tratan como delincuentes”, afirmaba una entrevistada).

Conclusiones generales

La notificación de los casos de enfermedad profesional tiene implicaciones muy importantes: implicaciones personales para las **víctimas**, porque el reconocimiento del origen laboral de la enfermedad da acceso a mejores prestaciones sociales; también porque implica un procedimiento que permite la intervención de la inspección de trabajo y seguridad social y/o de los organismos técnicos territoriales con competencias en seguridad y salud en sus condiciones de trabajo; abre la puerta a que el INSS resuelva un recargo de prestación; y mejora las posibilidades de que se investigue un posible delito por parte de la fiscalía especializada en delitos contra la integridad de las personas trabajadoras. A todo ello hay que añadir implicaciones más amplias, colectivas, para la sociedad, que van desde el impulso a la mejora de la gestión preventiva de riesgos laborales en las empresas hasta los efectos en las cuentas públicas.

La denegación afecta también a la duración de las bajas, pues al abstenerse la Mutua de dar la debida atención sanitaria, remitiendo a los afectados a los servicios público de salud, prolongan el periplo de las personas afectadas en su búsqueda de asistencia sanitaria y/o rehabilitación. La denegación, además, facilita que sigan apareciendo el mismo tipo de casos en las mismas empresas y similares, sin que se enciendan las alarmas públicas.

Es por estas razones que algunas autoridades de CCAA están siendo activas en el desarrollo de mecanismos para contribuir, desde el sistema público de salud, a la identificación de casos de EEPP. Y esos esfuerzos están dando resultados. Últimamente, la contribución del sistema sanitario público al afloramiento de las causas laborales de muchas enfermedades es el factor que más peso está teniendo en la reducción del subregistro; estos mecanismos,



El reconocimiento de la enfermedad profesional



junto con el Programa PIVISTEA, están teniendo impacto en la tasa de notificación. Sin embargo, a pesar de los notables progresos, estos mecanismos todavía tienen que extenderse y adquirir más potencia, de modo que puedan revertir las inercias de años y puedan contribuir así a lograr el objetivo principal, que es la prevención de riesgos laborales, para la protección de la salud.

El papel de la inspección de trabajo en la prevención de las EEPP sigue siendo débil, centrada como está en la normativa de seguridad social y en la prevención de accidentes. Además, buena parte del cuerpo de inspección de trabajo carece de formación específica respecto a los daños a la salud derivados del trabajo.³⁸ Uno de nuestros casos pone de relieve que su intervención, una vez que las evidencias están claras gracias a la intervención de los delegados de prevención, resultó fundamental para facilitar el reconocimiento de la EEPP y el recargo de prestaciones.

Los casos han vuelto a poner en evidencia también la importancia que tiene el control del mercado de sustancias y productos, que es muy mejorable; hoy en día es ya evidente que el sistema REACH no está teniendo el impacto esperado y que, además, que siguen circulando productos peligrosos que no cumplen con la normativa del mercado interior europeo.

Nuestro estudio de los casos no solo pone al descubierto deficiencias del sistema que dificultan el reconocimiento y notificación sino que también muestran la importancia del acompañamiento e intervención por parte de delegado/as de prevención y/o de los servicios de asesoramiento técnico en salud laboral y jurídico de las organizaciones sindicales, para contribuir a lograr el reconocimiento de la causa profesional de las enfermedades.

Pero hay que decirlo claramente: este penoso periplo por consultas médicas y laberintos burocráticos no tienen razón de ser, y no debería existir - supone un sufrimiento adicional

³⁸ Esto se ha tratado de paliar mediante el establecimiento y convocatoria de proceso selectivo para el “Cuerpo de Subinspectores Laborales, Escala de Seguridad y Salud Laboral” que de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional quinta de la Ley 23/2015, de 21 de julio, los aspirantes deberán estar en posesión o en condiciones de obtener el título universitario oficial de Graduado adscrito a la **rama del conocimiento de ciencias, ciencias de la salud, o ingeniería y arquitectura**. Asimismo, seguirán siendo válidos para el acceso a dicha Escala los títulos de la ordenación universitaria anterior en los términos previstos en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Básico del Empleado Público, siempre que se trate de títulos que se correspondan con dichas ramas o áreas de conocimiento



El reconocimiento de la enfermedad profesional



para las personas que enfermaron y además, deja en evidencia que el sistema de reconocimiento de la EEPP resulta ineficiente.

La investigación científica y las autoridades laborales y sanitarias, los agentes sociales, etc., coinciden en que es un hecho que la mayor parte de «**daños derivados del trabajo**» no están siendo reconocidos como tales, no son notificados, y son tratados como contingencia común. Y que esto es muy negativo para los intereses generales. Pero el consenso no existe a la hora de señalar dónde hay que actuar: cuáles son los principales fallos que propician esta situación.

Desde el mundo sindical se señalan que además de los fallos en la prevención de riesgos laborales es importante abordar el contradictorio papel que juegan las Mutuas: las mismas entidades obligadas a la reparación del daño son las encargadas de reconocerlo, lo que propicia el no reconocimiento.

También se ha identificado como problema la diferente sensibilidad que tiene el sistema para detectar las enfermedades que sufren las personas de distintos colectivos: el Cuadro de EEPP refleja principalmente las enfermedades de las actividades que tradicionalmente han estado masculinizadas; y también es resultado de la capacidad de movilización de diferentes colectivos sociales, pues como se expuso en este trabajo, la movilización de afectados va corrigiendo algunas de las injusticias, mientras que otras las enfermedades de otros colectivos siguen permaneciendo ocultas.

Es necesaria una reforma del sistema. No hacer nada por mejorar y corregir los fallos es colaborar con la ocultación sistemática de las enfermedades profesionales y con el trasvase de costes de la enfermedad a la sociedad y en particular, al sistema sanitario público.

Por último, la judicialización de casos es reflejo de la voluntad de personas que deciden emprender una “lucha” por el reconocimiento del origen profesional de su enfermedad a través del cambio de contingencia. Son las que realizan un largo periplo con resultados inciertos, historias en las que se refleja ¿la tenacidad? de algunas personas. En los casos analizados, la ayuda del sindicato, ha contribuido a lograr una sentencia favorable al reconocimiento de la EEPP. Hay casos que se solucionan por la vía administrativa. Pero otras muchas personas enfermas no intentan ninguna de estas vías.

Debemos evitar que el trabajo cause malestar y enfermedades, y además evitar el penoso, y el socialmente tan caro periplo hacia el reconocimiento de la EEPP.



El reconocimiento de la enfermedad profesional



Referencias

- García y Benavides (1995). Causalidad en salud laboral: el caso ardystil. Gaceta Sanitaria Volume 9, Issue 51, pgs. 371-379. Accesible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911195712626>
- Benavides FG, Delclós J y Serra C (2018). Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. Gaceta Sanitaria, Volume 32, 4, Julio–Agosto, pp 377-380 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.007>
- Jordi Delclòs María Alarcón Anna Casanovas Consol Serra Rosa Fernández Josep Lluís de Peray Fernando G.Benavides (2012). Identificación de los riesgos laborales asociados a enfermedad sospechosa de posible origen laboral atendida en el Sistema Nacional de Salud Atención Primaria Volume 44, Issue 10, October 2012, Pages 611-627
panel <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.11.006>
- García Gómez M, Urbaneja Arrúe F, García López V, Estaban Buedo V, Rodríguez Suárez V, Miralles Martínez-Portillo L et al (2017). Características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedad profesional en las comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública. 2017; Vol. 91. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100406
- Kieffer, Christine (2018). Incidence and detection of occupational cancers in nine European countries. Germany, Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Italy, Sweden and Switzerland. Eurogip y European Forum of the insurance against



El reconocimiento de la enfermedad profesional



accidents at work and occupational diseases. Francia. Disponible en <https://www.eurogip.fr/images/publications/2018/Eurogip-141E-incidence-detection-occupational-cancers-Europe.pdf>

- García Gómez M, Alonso Urreta I, Antón Tomey C, Bosque Peralta I, García-Gutiérrez MJ, Luna Lacarta FJ, Martínez Arguisuelas N, Mena Marín ML, Vázquez Cortizo M (2018). La coordinación administrativa en salud laboral a propósito de un caso: zapatas de freno con amianto en una empresa. Rev Esp Salud Pública.;92:10 de abril e201804004.



Anexo: marco normativo

La Constitución Española, en su artículo 40.2, insta a los poderes públicos a velar por la seguridad e higiene en el trabajo, mandato que se erige en principio rector de la política social y económica y como tal, informa la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.

Este mandato se desarrolló en la **Ley 14/1986, General de Sanidad**, que en su artículo 21 recoge las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral, donde figura:

- La vigilancia de la salud de personas expuestas con el fin de la detección precoz, la individualización de los factores de riesgo y el susceptible deterioro de la salud.
- El establecimiento de un sistema de información sanitaria para el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional. Instrumentos para la elaboración de un mapa de riesgos laborales.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece en los artículos 7 y 10 la colaboración entre la administración pública en el ámbito de competencias coordinadas. El art. 38 del RD 39/1997 establece la cooperación entre los servicios de prevención y la autoridad sanitaria pública. El **RD 665/1997** contiene un desarrollo normativo para la prevención de la exposición a cancerígenos, señala que la empresa garantizará una vigilancia adecuada y específica de la salud de las personas expuestas a agentes cancerígenos y llevará un historial médico individual de los trabajadores afectados; además tendrá un listado de expuestos; todo ello conservándose mínimo 40 años.

Para proveer el sistema de información en salud laboral, los servicios de prevención deben colaborar con las autoridades sanitarias, realizando la vigilancia epidemiológica y efectuando las acciones necesarias para mantener el citado sistema de información, de acuerdo a lo estipulado en los artículos 38 y 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención, **Real Decreto 39/1997**, y el artículo 3 del Real Decreto 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

Las autoridades sanitarias, para poder desarrollar sus funciones, tienen acceso a la información médica de carácter personal y a toda la documentación que la empresa tenga la obligación de elaborar y conservar, de acuerdo con los artículos 22 y 23 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre. En la historia clínico-laboral de los trabajadores debe constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo y las medidas de prevención adoptadas, así como una descripción de los anteriores puestos de trabajo. El personal sanitario del servicio de prevención debe analizar los resultados de la vigilancia de la salud



El reconocimiento de la enfermedad profesional



de los trabajadores y de la evaluación de riesgos con criterios epidemiológicos a fin de relacionar la exposición a los riesgos profesionales con los perjuicios para la salud, conforme al artículo 37.3.f) del Reglamento de los Servicios de Prevención.

Actualmente, la **Ley 33/2011**, de 4 de octubre, **General de Salud Pública**, en el artículo 33.2 enumera las actuaciones de la autoridad sanitaria en el ámbito de la salud laboral, entre las que se encuentran las de **desarrollar un sistema de información sanitaria en salud laboral** integrado en el sistema de información de salud pública que dé soporte a la **vigilancia de los riesgos sobre la salud relacionados con el trabajo**, desarrollar **programas de vigilancia de la salud post-ocupacional** y establecer **mecanismos para la integración en los sistemas de información públicos del Sistema Nacional de Salud de la información generada por las actividades sanitarias desarrolladas por los servicios de prevención de riesgos laborales y por las mutuas** de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en relación con la salud de los trabajadores.

Art. 32. Salud laboral, Ley 33/2011 General de Salud Pública

La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

Artículo 33. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral se desarrollará de forma coordinada con los empresarios y los representantes de los trabajadores y comprenderá los siguientes aspectos:

- a) Promoción, con carácter general, de la salud integral de los trabajadores.
- b) Vigilancia de la salud de los trabajadores, individual y colectivamente, para detectar precozmente los efectos de los riesgos para la salud a los que están expuestas.
- c) Desarrollo y actuación en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos laborales.
- d) Promoción de la información, formación, consulta y participación de los profesionales sanitarios, de los trabajadores y sus representantes legales y de los empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2. La autoridad sanitaria, de forma coordinada con la autoridad laboral, llevará a cabo las siguientes actuaciones además de las ya establecidas normativamente:

- a) Desarrollar un sistema de información sanitaria en salud laboral que,



integrado en el sistema de información de salud pública, dé soporte a la vigilancia de los riesgos sobre la salud relacionados con el trabajo.

b) Establecer un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo.

c) Impulsar una vigilancia de la salud de los trabajadores, a través de la elaboración de protocolos y guías de vigilancia sanitaria específica en atención a los riesgos a los que estén expuestos.

d) Desarrollar programas de vigilancia de la salud post-ocupacional.

e) Autorizar, evaluar, controlar y asesorar la actividad sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales.

f) Establecer mecanismos para la integración en los sistemas de información públicos del Sistema Nacional de Salud de la información generada por las actividades sanitarias desarrolladas por los servicios de prevención de riesgos laborales y por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en relación con la salud de los trabajadores.

g) Fomentar la promoción de la salud en el lugar de trabajo, a través del fomento y desarrollo de entornos y hábitos de vida saludables.

h) Establecer mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias, en especial para el desarrollo de acciones preventivas y de vacunación.

i) Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.

j) Promover la formación en salud laboral de los profesionales sanitarios de los sistemas sanitarios públicos.

Artículo 34. Participación en salud laboral.

Los empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

En relación con la vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con el trabajo, el cáncer laboral tiene una connotación especial debido a que se manifiesta generalmente tras un largo período de exposición, de años, lo que dificulta establecer una relación causal en el momento del diagnóstico médico. Debido a ello y a la gravedad de este tipo de enfermedades, la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020** considera prioritario mejorar los mecanismos de detección y prevención del cáncer laboral, mediante la mejora de las **fuentes de información** que permitan la adecuada identificación



El reconocimiento de la enfermedad profesional



de colectivos, actividades y empresas expuestas a cancerígenos químicos incluidos en los anexos I y II del 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.

La Estrategia también busca promover una vigilancia de la salud más eficiente mediante la promoción de la vigilancia de la salud post-ocupacional y la potenciación de la vigilancia de la salud colectiva de los trabajadores apoyando e impulsando, desde las administraciones sanitarias, los estudios epidemiológicos en el ámbito laboral.