

COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

Septiembre 1999

**RESULTADOS DE LOS TRABAJOS DEL GRUPO
“ENFERMEDADES PROFESIONALES”
Y PROPUESTAS A LA COMISIÓN NACIONAL DE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Atendiendo al mandato (véase Anexo I), recibido de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Grupo de Trabajo “Enfermedades Profesionales” se ha reunido los días 12 de febrero, 27 de Mayo y 10 de Diciembre de 1998, y el 23 de Junio de 1999 (ver Anexo II), al objeto de estudiar el sistema existente en España de recogida, registro y tratamiento de datos relativos a las enfermedades contraídas con ocasión del trabajo.

Tras el estudio de la información disponible y las diversas reuniones mantenidas por el Grupo de Trabajo, se ha elaborado un documento final denominado “Estudio del Sistema de Información sobre Enfermedades Profesionales” (Anexo III), en el que se describe la problemática de reconocimiento, declaración, registro, análisis e indemnización de las enfermedades profesionales en nuestro país.

Se incluyen en Anexos documentos e informaciones que se han utilizado en los debates, formulando el Grupo de Trabajo las siguientes propuestas:

- Desarrollar reglamentariamente el artículo 6 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, apartado 1.g) *“Procedimiento de calificación de las enfermedades profesionales, así como requisitos y procedimientos para la comunicación e información a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo”*.
- Universalizar la población trabajadora sobre la que se declaran las enfermedades profesionales, en el sentido que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales en vigor.
- Adoptar un nuevo sistema de notificación unificado.
- Garantizar una adecuada protección de los derechos de los trabajadores, especialmente en lo referente a la confidencialidad y a la no discriminación laboral por motivos de salud.
- Desarrollar Normas Médicas y Unidades Especializadas de ayuda a la calificación de enfermedades profesionales.
- Incorporar la vigilancia de los daños derivados del trabajo a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

INDICE

1.	Justificación.....	7
2.	Descripción y análisis de la situación actual	8
	2.1. Cambios políticos y normativos.....	9
	2.2. Cambios demográficos en la población trabajadora.....	9
	2.3. Cambios en el mundo del trabajo.....	9
	2.4. Cambios en los patrones de enfermar.....	10
	2.5. Cambios en el Sistema Sanitario.....	11
	2.6. Sistemas de protección de las contingencias de origen laboral....	11
	2.7. Sistemas de notificación de enfermedades profesionales.....	12
3.	Propuesta de nuevo sistema de información.....	14
	3.1. Ámbito de información.....	15
	3.2. Sucesos a notificar.....	15
	3.3. Sujetos obligados a notificar.....	16
	3.4. Circulación de la información.....	16
	3.5. Vehículo notificador.....	19
	3.6. Intervención preventiva.....	20
	3.7. Apoyo al diagnóstico.....	20
	3.8. Situaciones epidémicas y brotes.....	20
	3.9. Sistemas centinela.....	21
	3.10. Utilidades del sistema de Información.....	21
	3.11. Medidas para incrementar la sensibilidad y efectividad del sistema.....	22
	3.12. Protección del trabajador	22
ANEXO I	Mandato al Grupo de Trabajo	23
ANEXO II	Actas de las reuniones mantenidas por el Grupo de Trabajo “Enfermedades profesionales”	25
ANEXO III	Estudio del Sistema de Información sobre Enfermedades	

Profesionales.....	49
1. Introducción	50
2. Descripción de los sistemas propuestos internacionalmente para la determinación y catalogación de las enfermedades profesionales.....	53
2.1. Lista internacional de la OIT y criterios de identificación de una enfermedad determinada	53
2.2. Listas europeas y recomendaciones de la Comisión.....	57
3. Descripción del sistema vigente en España	62
3.1. Concepto de enfermedad profesional	62
3.2. Partes de enfermedad profesional	64
3.2.1. Partes médicos de Incapacidad Temporal	64
3.2.2. Partes estadísticos de enfermedad profesional	67
3.3. Captación de casos y detección.....	72
3.4. Confirmación y depuración de datos.	75
3.5. Notificación.....	77
3.6. Parte de notificación ordinaria de Enfermedad Profesional.....	78
3.7. Cobertura.....	79
4. La tutela de los derechos e intereses de los trabajadores en los procesos de reconocimiento, declaración, registro, tratamiento e indemnización de las enfermedades profesionales	80
4.1. Justificación	80
4.2. Protección de la confidencialidad de los datos médicos del trabajador.....	81
4.3. Acceso de los trabajadores a la información sobre su estado de salud.....	85
4.4. El cambio del puesto de trabajo por causa de enfermedad profesional.....	86
4.5. El protagonismo del trabajador en el proceso de reconocimiento y declaración de las EP	87
4.6. Reconocimiento médico inicial y discriminación laboral.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXO IV Datos estadísticos sobre las enfermedades profesionales.....	92

	1. Datos de siniestralidad.....	93
	2. Datos económicos.....	96
	2.1. Procesos de incapacidad temporal.....	96
	2.2. Pensiones.....	97
	3. Conclusiones acerca de la toma de datos estadísticos de Enfermedades Profesionales.....	101
ANEXO V	Lista de Enfermedades Profesionales de la OIT.....	102
ANEXO VI	Lista Europea de Enfermedades Profesionales.....	108
ANEXO VII	Lista Española de Enfermedades Profesionales (Cuadro).....	116
ANEXO VIII	Prestaciones de la Seguridad Social por Enfermedad Profesional.....	125
	1. Prestaciones de asistencia sanitaria.....	126
	2. Prestaciones económicas.....	127
	2.1. Subsidio de Incapacidad Temporal.....	127
	2.2. Incapacidad permanente.....	128
	2.3. Protección por muerte y supervivencia.....	132
	2.4. Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes.....	135
ANEXO IX	Partes médicos de Incapacidad temporal.....	137
ANEXO X	Parte de Enfermedad Profesional.....	143
ANEXO XI	La colaboración en la gestión de las contingencias laborales en la Seguridad Social.....	147
	1. La colaboración de la Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales en la Seguridad Social.....	148
	2. La colaboración de las empresas.....	150
ANEXO XII	Datos a considerar en el nuevo documento de notificación de las enfermedades profesionales.....	151

1. JUSTIFICACIÓN.

El reconocimiento de que una afección va ligada a un riesgo laboral hace que se preste a tal riesgo una atención particular, lo que puede originar una mejora de la prevención, ya que se pone en evidencia el peligro, se preconizan medidas de protección y pueden ejercerse controles más eficaces cuando existe el riesgo.

En nuestro país, el Registro de Enfermedades Profesionales vigente no es un sistema de información y vigilancia, en el sentido del consenso científico actual sobre el significado de estos términos, capaz de desencadenar las actuaciones de prevención, inspección y control subsiguientes, sino que constituye un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de notificación y posterior prestación económica como enfermedad profesional.

Existen razones para pensar que en España, como en algunos otros países, existe una infraestimación del número de enfermedades profesionales. Es un hecho constatable que, en comparación con otros países de nuestro entorno y salvando las diferencias en los sistemas de notificación de cada país, las cifras españolas respecto a este tema son sensiblemente inferiores (entre dos y diez veces) a las estimaciones de la mayoría de los países de la OCDE. Siendo estos países un punto de referencia de gran valor desde el punto de vista de comparabilidad y no existiendo razones objetivas que expliquen tal diferencia en términos reales, creemos que hay una subestimación de este problema en nuestro país.

Analizando los casos notificados durante 1997, las enfermedades profesionales más frecuentes en nuestro país serían las enfermedades por fatiga de vainas tendinosas, las dermatosis profesionales, las bursitis, el asma profesional y las brucelosis de origen laboral, habiéndose declarado un solo caso de muerte por enfermedad profesional en 1997. Esta situación no refleja la realidad de nuestro país en esta temática, si tenemos en cuenta que el número de nuevos reconocimientos de pensión de invalidez derivados de enfermedades profesionales es de unos 1.200 cada año, unos 730 de viudedad y unos 80 de orfandad. En el Anexo IV se describen algunos datos.

Dada la importancia de un Registro de Enfermedades Profesionales que contemple todos los daños para la salud de los trabajadores, como fuente de información necesaria para la elaboración de estrategias preventivas, el objetivo planteado por el Grupo de Trabajo fue analizar y valorar el sistema actual de notificación y registro de enfermedades profesionales, sus principales carencias, y señalar propuestas que mejoren el sistema.

Todo ello tras el estudio y análisis de los sistemas internacionalmente vigentes, en particular en otros países de la UE. En este sentido, se estará sujeto a los avances que en materia de armonización de Lista de Enfermedades Profesionales y armonización de estadísticas se realice desde la Comisión Europea.

2. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

La actual normativa sobre Enfermedades Profesionales en España supuso en su momento una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores, ya que reconocía y catalogaba los daños originados como consecuencia del trabajo que se realiza, y podía servir como guía para la puesta en marcha de medidas de prevención. En efecto, la presunción legal, característica del sistema de lista, libera al trabajador de "tener que probar" que su dolencia está causada por el trabajo. Basta que su enfermedad figure en la lista y que su actividad profesional lo ponga en contacto con el agente nocivo generador de tal enfermedad, tal y como se describe en la lista. Además tiene la ventaja de garantizar uniformidad en las prestaciones correspondientes a cada caso. Sin embargo, en la actualidad supone una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud, y no garantiza la adecuada vigilancia y prevención consiguiente de las enfermedades derivadas del trabajo.

La enfermedad profesional requiere un tratamiento informativo más complicado que el de los accidentes de trabajo, siendo preciso describir el contexto actual, con evoluciones estructurales fundamentales, para poder proponer medidas de mejora del sistema.

2.1. Cambios políticos y normativos

Los cambios políticos acaecidos en España desde 1978, año de publicación del actual catálogo de enfermedades profesionales, el desarrollo autonómico subsiguiente a la Constitución, las transferencias de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, la necesaria comunicación de las administraciones sanitaria y laboral a nivel autonómico y de éste con el Estado, el ingreso en la Unión Europea en 1986, con la consiguiente adaptación al marco normativo común, etc, hacen evidente la necesidad de reforma del sistema vigente y su adecuación a los cambios sociopolíticos y del marco normativo ocurridos en estas dos décadas.

2.2. Cambios demográficos en la población trabajadora

Asistimos a un envejecimiento de la población trabajadora, en consonancia con el de la población general. Este envejecimiento plantea un problema general de adaptación del medio de trabajo a capacidades que evolucionan con la edad. Los puestos de trabajo se conciben generalmente para hombres jóvenes y de buena salud. Hay por consiguiente un gran riesgo de excluir del trabajo a los trabajadores de avanzada edad y de impedir la integración de las personas que tienen una minusvalía o problemas de salud. Además, se da una mayor y sostenida incorporación al trabajo de las mujeres.

2.3. Cambios en el mundo del trabajo

La estructura productiva que estamos viendo emerger viene caracterizada por el crecimiento de la pequeña y muy pequeña empresa y el crecimiento del trabajo autónomo, así como por la terciarización del trabajo. El trabajo en la industria, con sus riesgos específicos, sigue disminuyendo.

La cohesión de la empresa como grupo social en lo que se refiere a la estabilidad de la relación laboral se diluye a favor de unas relaciones más difuminadas consecuentes al crecimiento del trabajo temporal y a tiempo parcial. Los trabajadores con contratos de

interino o contratos de duración determinada tienen, como prueban todas las investigaciones, condiciones de trabajo claramente menos favorables que la media, y el empleo precario afecta a un número creciente de trabajadores. Además, la incorporación de trabajadores de países en vías de desarrollo ha generado una situación laboral de singular precariedad en las condiciones de seguridad y salud de los puestos de trabajo que ocupan, amparada en la desprotección social y estado de necesidad que caracteriza a este colectivo de trabajadores.

Por otro lado, el modelo de organización empresarial, suficiente en sí misma para cerrar los ciclos productivos, deja paso a organizaciones empresariales complementarias lo que hace habitual el trabajo con ETT y el trabajo mediante subcontratación.

2.4. Cambios en los patrones de enfermar

Las alteraciones de salud son, cada vez más, de tipo inespecífico. Actualmente se da una reducción de cuadros clínicos monofactoriales y un aumento progresivo de la patología de génesis multifactorial. En este tipo de patología, la exposición a factores de riesgo de origen laboral tiene un significado más concausal que estrictamente causal. El problema ya no es discernir qué enfermedades son específicamente profesionales y cuáles no, sino averiguar en qué medida el trabajo es responsable de enfermedades de origen multifactorial así como profundizar en la comprensión de los cuadros patológicos “nuevos” que surgen en relación al desarrollo tecnológico en la industria, a la introducción de nuevas sustancias, a problemas ergonómicos o psicosociales. Es decir, evitar el reduccionismo de ver las enfermedades profesionales “clásicas”, con toda su importancia, como única manifestación de alteración de salud de origen laboral, y ampliarlo al concepto más cercano a la realidad de “enfermedades relacionadas con el trabajo”. (*Concepto de Lista anexa de la Comisión Europea*).

2.5. Cambios en el Sistema Sanitario

La mayor accesibilidad y la mejor dotación de los recursos asistenciales del Sistema Nacional de Salud hace que las dolencias padecidas por el trabajador sean consultadas al médico de Atención Primaria o Especializada, antes que al personal médico de los Servicios de Prevención (con anterioridad a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, médicos de empresa) o de las entidades aseguradoras. En la práctica, el trabajador de la pequeña y mediana empresa acude a su médico de cabecera para que le resuelva sus problemas de salud, con lo cual la posibilidad de relacionar dichas enfermedades con la ocupación de estos trabajadores suele perderse.

Además, los trabajadores autónomos, los trabajadores en paro, los jubilados, las relaciones laborales de carácter temporal y los cambios frecuentes de puesto de trabajo, hacen que tengan menos sentido las políticas centradas en los lugares de trabajo, y más las que tutelan la salud de los trabajadores fuera de ellos, es decir, las políticas de salud. Resulta, por lo tanto, imprescindible mejorar la coordinación entre las administraciones laborales y sanitarias.

2.6. Nuevos retos para el sistema de protección de las contingencias de origen laboral

Las enfermedades laborales, como contingencias que surgen en el seno de una relación laboral, deben ser cubiertas por el empresario y consecuentemente por las entidades aseguradoras del riesgo.

Sin embargo, el sistema de Seguridad Social actual considera sólo parte de ese daño para la salud, el definido legalmente como *enfermedad profesional*, como hecho generador de la prestación económico-sanitaria y por lo tanto generador de un gasto sanitario. Es necesario actualizar la normativa vigente de Seguridad Social y adaptarla al concepto más amplio de *daño derivado del trabajo*, establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Además del concepto de daño, otro factor generador de desigualdad es la discordancia entre la población cubierta por el actual sistema de Seguridad Social y la población a cubrir de acuerdo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Problema que se incrementa si se tiene en cuenta que la población de referencia es la población trabajadora activa, lo que provoca una limitación de edad, que limita a su vez la identificación de aquellas patologías caracterizadas por su aparición en edades tardías, circunstancia que en los problemas de salud laboral, caracterizados por periodos de latencia largos, es muy frecuente.

2.7. Sistemas de notificación de enfermedades profesionales

- La falta de revisiones y actualizaciones periódicas de la lista, que desde hace 20 años no ha sufrido variación sustancial, la hace no adecuada a la situación actual del mercado de trabajo.

La actual lista española es una transcripción casi exacta de la lista europea establecida en las recomendaciones de 1962 y 1966. Estas han sido sustituidas por las listas de la recomendación de 1990. El contenido de estas últimas difiere de las relaciones anteriores, y se da la circunstancia de que enfermedades que en 1962 figuraban en la Lista básica (Anexo I de la Recomendación) han pasado en la actual a la lista complementaria (Anexo II de la Recomendación). Estos cambios pudieran darse en la lista española, pero previamente deberían conocerse en profundidad qué motivos apoyaron esta modificación fundamental en enfermedades que previamente se consideraban básicas.

Si se analizan las enfermedades del Cuadro español individualmente, se comprueba que muchos epígrafes de la lista no son objeto de declaración, y esta circunstancia puede deberse a que la sustancia o actividad no es muy frecuente o no existe en nuestro país, o que las medidas preventivas son muy eficaces, y la actividad no presenta riesgo. Este aspecto a nuestro juicio no ha sido analizado en profundidad, y debería contemplarse porque nos haría reflexionar sobre muchos aspectos de la planificación en salud laboral, y sobre el contenido de la lista en particular.

Paralelamente a lo referenciado en el apartado anterior, cada vez es más frecuente encontrarnos con patologías claramente profesionales, cuyos agentes o causas o

cuadros no están en la lista. Se tratan como enfermedad del trabajo/accidente de trabajo, si se demuestra su origen laboral, pero no figuran en la lista oficial de enfermedades profesionales, lo que nos indica la necesidad de su revisión.

- Existe una redundancia entre procedimientos de información de la enfermedad profesional: 1) un procedimiento de Seguridad Social desencadenado por el médico del Sistema Nacional de Salud o por el médico de la entidad aseguradora, y 2) un procedimiento de la Autoridad Laboral desencadenado por la empresa, con tratamiento estadístico de la información generada realizado por entidades diferentes (INSS y Subdirección General de Estadística del MTAS), no existiendo procedimientos de feedback entre ellos.
- Por lo que se refiere al aprovechamiento de la información que se recoge, las variables registradas por los procedimientos de notificación descritos, son insuficientes para la vigilancia epidemiológica e investigación de causas, y, por lo tanto, no tienen repercusión en la intervención preventiva.
- Finalmente, el sistema de notificación basado en el “Parte de Enfermedad Profesional” no garantiza la protección del derecho a la confidencialidad de los datos de salud, ya que requiere del empresario la consignación de datos relativos al diagnóstico, causas, síntomas y grado de la enfermedad.

Las limitaciones descritas hacen que los datos disponibles sean sólo la punta de un iceberg de dimensiones desconocidas que limitan la eficacia de actuaciones preventivas eficaces, ya que no permiten conocer la totalidad del problema.

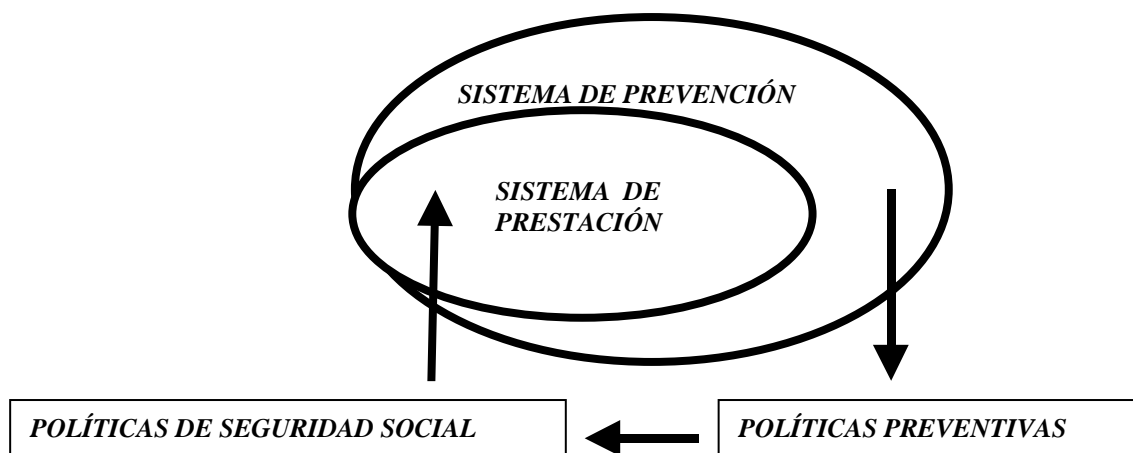
3. PROPUESTA DE NUEVO SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de información y vigilancia del daño laboral debe permitir cubrir las siguientes necesidades:

- Conocimiento de la magnitud del problema
- Universalidad con respecto a los problemas
- Universalidad con respecto a la población
- Capacidad de detección y adecuación a nuevos problemas
- Capacidad de adecuación a nuevos marcos legislativos

Debe, asimismo, suministrar información a los distintos sistemas implicados en la gestión global del daño laboral (Sistema de prestaciones económico/ sanitarias y Sistema de prevención de riesgos), al objeto de garantizar la protección del trabajador como individuo y como colectivo y al mismo tiempo permitir el desarrollo de políticas preventivas y de seguridad social.

Podemos representar las **necesidades de información** de los dos sistemas implicados en el siguiente diagrama:



- *Prestación:* requiere y necesita de información relativa a los eventos indemnizables por el Sistema de Seguridad Social y por lo tanto bajo el límite de la normativa legal actual o futura.
- *Prevención:* requiere y necesita de información relativa a los eventos derivados de las condiciones de trabajo.

A partir de estas premisas y de la descripción y análisis de la situación realizados en el apartado anterior de este informe, se propone una modificación del actual sistema de información que debería tener en cuenta los elementos constituyentes que se describen a continuación.

A) NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y BROTES

3.1. Ámbito de la información

Toda la población trabajadora, tenga o no cubiertas las contingencias profesionales mediante prestaciones económicas específicas. (*Ámbito de aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*).

3.2. Sucesos a notificar

Todas las enfermedades en cuya génesis se presuma una presencia de factores de origen profesional (*Criterio de flexibilidad de las Recomendaciones de la Comisión Europea y definición de daños derivados del trabajo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*).

En este sentido, se considera necesario actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales en vigor, que, tal y como se ha descrito, data de 1978, y la propia definición de enfermedad profesional.

3.3. Sujetos obligados a notificar

Los médicos en ejercicio, con independencia del marco sanitario bajo el que se encuentren, que identifiquen o sospechen razonablemente una enfermedad derivada del trabajo como consecuencia de acciones de vigilancia de la salud, prestación de una atención médica o peritación de una incapacidad de cualquier grado.

3.4. Circulación de la información

El grupo acordó la necesidad de que exista un *único flujo de notificación*, con una parte de escritura destinada exclusivamente al profesional sanitario y otra de datos administrativos, con hojas autocopiables (incluyendo ventanas), destinadas a los diferentes agentes implicados, y conteniendo todos los datos derivados de las necesidades de información de cada agente y de los efectos que debe de surtir en cada organismo implicado.

El flujo de notificación que se propone es una modificación del existente para la tramitación de los partes médicos de Incapacidad Temporal en caso de enfermedad profesional. Este hecho conllevaría una *revisión y modificación de los sistemas actualmente en desarrollo*, considerándose imprescindible evitar duplicidades.

El diagrama que se muestra en la página siguiente esboza lo que podría ser la circulación de la información sobre enfermedades profesionales desde que son detectadas en el Sistema Sanitario hasta que se completa la transmisión de datos hacia todos los agentes interesados. Dicha transmisión se produce en la práctica solo para los casos en que tiene lugar la baja en la actividad laboral, ya que en los demás quedaría pendiente de establecer el procedimiento.

La información sobre los procesos de enfermedad profesional se origina en el Sistema Sanitario en el momento en que ésta es diagnosticada como tal, corresponde por tanto al médico iniciar el procedimiento mediante el cual la detección de los casos de enfermedad profesional se notifica a los restantes agentes.

En el caso de que el médico prescriba la baja en la actividad del trabajador por enfermedad profesional, el parte médico de baja constituye el documento fundamental en la comunicación de la enfermedad profesional. En la actualidad, el parte emitido por el médico es entregado al trabajador, quien a su vez entrega una copia al empresario para que cumplimente los datos económicos pertinentes, y lo remita a la entidad aseguradora de las contingencias profesionales. También las empresas colaboradoras en la gestión de la prestación de incapacidad temporal deberían tener idénticas obligaciones respecto a la

comunicación de los casos a la entidad aseguradora de las restantes prestaciones a las que pueden dar lugar las enfermedades profesionales.

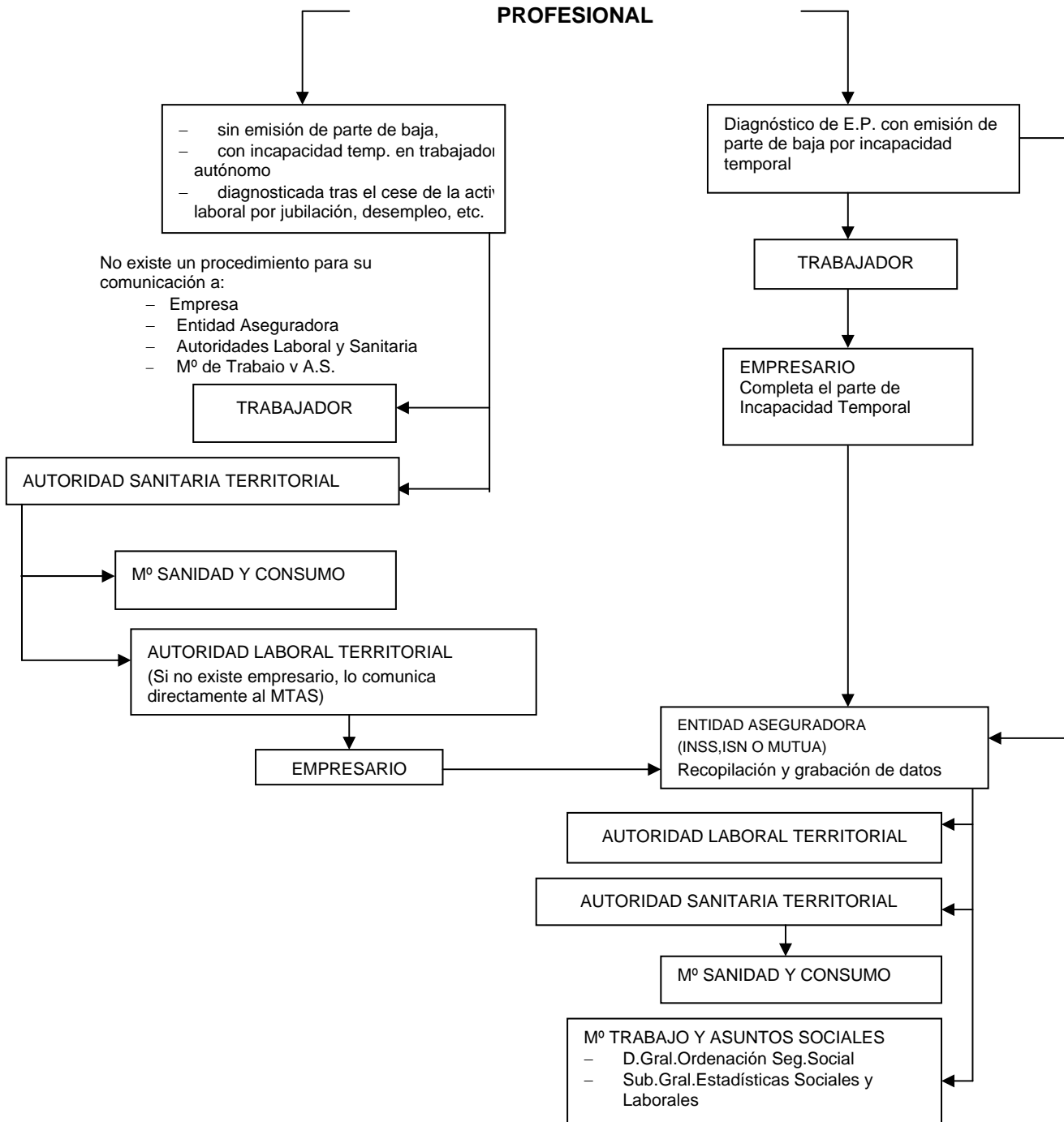
Las entidades aseguradoras podrían ser las encargadas de *procesar informáticamente los datos* y facilitarlos a las Autoridades Laboral y Sanitaria Territoriales, y al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En la tramitación de los partes médicos cuando se trate de altas o bajas de trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario y de Trabajadores del Mar, o cuando el alta médica se produzca una vez extinguido el contrato de trabajo, al no existir la figura del empresario, corresponderá al trabajador trasladar el parte médico directamente a la entidad aseguradora.

En los casos en que la enfermedad profesional se diagnostique sin baja médica o cuando la baja médica afecte a trabajadores por cuenta propia o autónomos que no tienen cobertura de contingencias profesionales, o cuando es diagnosticada tras el cese de la actividad laboral por jubilación o desempleo, en cuyo caso el parte de baja es el correspondiente a contingencias comunes, no existiría en estos momentos un procedimiento mediante el cual pueda notificarse la enfermedad profesional al resto de agentes: empresario, entidad aseguradora, Autoridad Laboral y Sanitaria, y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La parte izquierda del diagrama describe lo que podría ser el proceso mediante el cual tuviera lugar dicha notificación.

- SISTEMA SANITARIO:**
- Serv. de prevención (UBS)
 - Serv. médicos Mutuas
 - Sistema Nacional de Salud
 - Resto medicina privada o pública

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL



Al igual que en el caso ya descrito, el proceso tiene su origen en el Sistema Sanitario, en el momento en el que se emite el diagnóstico de la enfermedad profesional y este se comunica al trabajador. Simultáneamente, el servicio médico debería notificar el caso a la Autoridad Sanitaria Territorial mediante un documento habilitado a tal efecto, y esta a su vez a la Autoridad Laboral, para que lo remitiera al empresario, quien después de añadir los datos económicos, trasladaría la información a la entidad aseguradora de las contingencias profesionales. Finalmente, esta entidad se encargaría de procesar los datos y facilitarlos al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En aquellos casos en que no existiese empresario, la Autoridad Laboral Territorial comunicaría directamente la información al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

3.5. Vehículo notificador

Tal y como se ha comentado, el procedimiento que se propone conllevaría la modificación del parte médico de baja, debiendo el documento de notificación resultar satisfacer las siguientes necesidades:

- de información de las distintas autoridades laborales y sanitarias
- de información de las entidades aseguradoras de las prestaciones por enfermedad profesional
- de protección de la intimidad del trabajador
- de tratamiento informatizado de los datos.

En el Anexo XII se detallan las variables a recoger en el nuevo documento de notificación. Se considera imprescindible evitar duplicidades y garantizar la confidencialidad de los datos.

3.6. Intervención preventiva

Las Autoridades Laborales y Sanitarias Territoriales, en el desarrollo de sus competencias, investigarán las enfermedades profesionales con el fin de determinar las causas implicadas en su aparición, las medidas preventivas a adoptar y, en su caso, las responsabilidades legales a las que hubiera lugar.

3.7. Apoyo al diagnóstico

Como primera medida para evitar discrepancias en la calificación de las enfermedades profesionales, se considera necesario elaborar Normas Médicas y Protocolos de ayuda al diagnóstico y calificación de enfermedades profesionales, que sustituyan a las publicadas en 1963 y 1965.

Como segunda medida, se considera necesaria la creación de Unidades de Referencia Especializada en los Centros de Atención Especializada de cada Área de Salud, que actúen como instancia médica eficaz e independiente en las situaciones de diversidad de criterio. *(Capítulo IV del Título Primero de la Ley General de Sanidad).*

Para la resolución de discrepancias actuarán los órganos colegiados competentes.

3.8. Situaciones epidémicas y brotes

La mejora del Sistema de Notificación e Información sobre Enfermedades Profesionales debe contemplar la Vigilancia e Investigación de las situaciones epidémicas o brotes de naturaleza laboral, causados por enfermedades conocidas o emergentes, que puedan afectar a una empresa o sector. Para ello, deberían establecerse los procedimientos necesarios de cara a la vigilancia y control de estas situaciones.

B) OTROS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3.9. Sistemas centinela

En función de las diferentes características económicas, productivas y de morbilidad laboral de las Comunidades Autónomas, se recomienda establecer sistemas específicos de vigilancia epidemiológica y de control de los daños derivados del trabajo, como los sistemas centinela o cualquier otro que se crea necesario desarrollar, en el sentido establecido en el RD 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Estos sistemas de vigilancia epidemiológica se diseñarán y desarrollarán por las autoridades sanitarias en colaboración con las autoridades laborales.

C) ESPECIFICACIONES GENERALES

3.10. Utilidades del Sistema de Información

El nuevo sistema de información de la enfermedad profesional debe tener, como mínimo, una triple utilidad:

- aportar datos descriptivos sobre la magnitud real de las enfermedades de origen profesional, que sirvan para la elaboración y seguimiento de las políticas de prevención de riesgos laborales
- permitir llevar a cabo las actividades de vigilancia epidemiológica de las enfermedades derivadas del trabajo conocidas y la identificación de enfermedades nuevas o emergentes, de cara a la adopción de respuestas preventivas rápidas y eficaces
- servir para la gestión de las prestaciones económicas y sanitarias del Sistema de Seguridad Social

3.11. Medidas para incrementar la sensibilidad y efectividad del sistema

Para aumentar la eficacia en el Sistema Nacional de Salud, facilitando la vinculación de las enfermedades con las exposiciones laborales de los trabajadores atendidos, y su correcta gestión administrativa mediante la derivación de los mismos al sistema gestor de estas contingencias, se considera necesario adoptar las siguientes medidas:

- crear Unidades de Salud Laboral en las Áreas de Salud del Sistema Nacional de Salud, en consonancia con lo establecido en el Capítulo IV del Título Primero de la Ley General de Sanidad y art. 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención
- establecer procedimientos de trabajo (historia clínica, protocolos específicos de actuación o programas sanitarios específicos) en los niveles de Atención Primaria y Especializada que favorezcan la unión de las enfermedades con la historia laboral del trabajador
- mejorar la capacitación del personal facultativo del Sistema Sanitario Público para la detección de la relación enfermedad/ trabajo
- Incorporar información laboral a los registros sanitarios de base poblacional de interés desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales (cáncer, E.D.O., etc.)

3.12. Protección del trabajador

Con el fin de proteger los derechos de los trabajadores y evitar situaciones discriminatorias se adoptarán las medidas necesarias para garantizar:

- a) el acceso del trabajador afectado o sus allegados, per se o por medio de profesionales médicos de su confianza, a toda la información médico-diagnóstica;
- b) la estricta confidencialidad de la información sanitaria;
- c) la protección del derecho a un puesto de trabajo adaptado a sus capacidades.

ANEXO I

Mandato al Grupo de Trabajo

ANEXO II

Actas de las reuniones mantenidas por el Grupo de Trabajo “Enfermedades Profesionales”

ANEXO III

Estudio del Sistema de Información sobre Enfermedades Profesionales

1. INTRODUCCION.

El reconocimiento de que una afección va ligada a un riesgo laboral hace que se preste a tal riesgo una atención particular, lo que puede originar una mejora de la prevención, ya que se pone en evidencia el peligro, se preconizan medidas de protección y pueden ejercerse controles más eficaces cuando existe el riesgo¹.

Dicho reconocimiento, y la declaración consiguiente de una enfermedad profesional, depende estrechamente del sistema de indemnización de las Enfermedades Profesionales en vigor . Si se quieren comprender las estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es necesario conocer los mecanismos de declaración implicados y las suposiciones subyacentes a estos mecanismos².

La certidumbre en la relación entre el trabajo y daños para la salud de los trabajadores es muy antigua. Esta relación trabajo-daños va a ocupar un puesto de honor en la razón de ser de importantes movimientos sociales y políticos del siglo XIX, teniendo como resultado un pacto social, en el que, entre otras mejoras, se incluye el reconocimiento a la indemnización por los daños profesionales.

Al igual que en otros países de nuestro entorno europeo, a principios del presente siglo tiene lugar una regulación normativa en España que garantiza esta indemnización, siendo la Jurisprudencia sobre “enfermedades laborales” anterior al año 1940 ilustrativa del alcance del ordenamiento hasta entonces vigente:

“Enfermedades contraídas en el trabajo y calificadas como accidentes de trabajo: saturnismo (17-6-1903); fosforismo; sulfuro-dermitis; calicosis; peste bubónica por contacto con mercancías de almacén (13-10-1920); bronconeumonía (trabajos en frigorífico (29-1-1913); parálisis por enfriamiento (guardas de almacén, 10-7-1917); afección reumática (fábrica de cerveza, 11-5-1923); cáncer (gas alumbrado, 12-8-1927); infección intestinal (6-10-1928); afección pulmonar (marino que sufre mojadura por golpe de mar, 3-10-1929); síncope por frío (cámara frigorífica, 2-12-1929); poliartritis reumática (4-3-1933); congestión pulmonar (10-5-1934).”

Posteriormente, mediante la Ley de 13/7/1936, de Enfermedades Profesionales, y la Ley de Accidentes de Trabajo de 1956, se implantó el concepto actualmente vigente, recogido en el texto refundido de la Ley de la Seguridad Social, y que se describe más adelante³.

Sirva este preámbulo histórico para introducir el concepto al que se quería llegar que no es otro que explicar que el sistema de declaración está basado más en una lógica aseguradora, que busca la compensación del daño, que orientado hacia una función de conocimiento de la totalidad del problema y de los factores asociados a la ocurrencia de enfermedades y accidentes de trabajo. Esta óptica no es adecuada actualmente para elaborar estrategias preventivas.

Por lo tanto, las estadísticas sobre enfermedades profesionales no son un sistema de información, en el sentido del consenso científico actual sobre el significado de este término, sino que es un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de compensación como enfermedad profesional.

Fruto de esta lógica, encontramos, por un lado, una subdeclaración en determinadas enfermedades laborales, y, por otro, altos números en otras, que no responden a la situación real de riesgo y daño.

Estudios realizados en nuestro propio país, evidencian la citada subestimación. Uno de ellos, en el que se estudiaba la mortalidad y la incidencia por Sucesos Centinela Ocupacionales ocurridos en 1987, en la población mayor de 24 años, residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, analizando varias fuentes de información, encontraba que de los 8 mesoteliomas pleurales que figuraban en el Registro de Cáncer, sólo 2 habían sido valorados en las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades, y ninguno declarado como enfermedad profesional. Debe tenerse en cuenta que el mesotelioma pleural es un Suceso Centinela Ocupacional inherente a la actividad laboral y que resulta altamente improbable que se produzca sin una exposición laboral⁴.

Otro de los estudios, realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el

Trabajo, con el objetivo fundamental de evaluar la incidencia real de la Brucelosis como enfermedad de origen laboral, estimaba que la magnitud real de la enfermedad era del orden de 10 veces más que la reflejada en las estadísticas oficiales, el año 1987⁵.

Otras estimaciones han cuantificado la infracontabilización de enfermedades profesionales registradas en España entre 12.500 y 63.000 casos por año, utilizando como base las tasas de incidencia media en los países de la OCDE⁶.

Recientemente se ha estimado que más de 3.000 casos de cáncer en España pueden atribuirse a riesgos laborales, y que alrededor de 400.000 trabajadores están empleados en industrias y ocupaciones con riesgo cancerígeno⁷.

Las principales razones que explican esta subdeclaración son la consideración como comunes de muchas enfermedades profesionales^{4,8}, la propia dificultad científica para catalogar como profesional una enfermedad⁹, el desconocimiento de los profesionales sanitarios de los factores de riesgo de origen laboral¹⁰, el desinterés por la prevención en la asistencia sanitaria, y los conflictos entre los empresarios y los trabajadores al reconocer que una enfermedad está relacionada con el trabajo. Además, no podemos olvidar el enfoque individual. Cuando en un trabajador se manifiesta una enfermedad tiene derecho a no verse expuesto más al riesgo que causa dicha enfermedad. Para conseguir esto se puede intervenir sobre la fuente de riesgo para eliminarlo o controlarlo, cambiar de puesto de trabajo al trabajador..... o echarlo de la empresa. Ante la amenaza del paro puede comprenderse que, en ocasiones, los propios trabajadores prefieran no declarar una enfermedad profesional.

Dada la importancia de un Registro de Enfermedades Profesionales que contemple todos los daños para la salud de los trabajadores, como fuente de información necesaria para la elaboración de estrategias preventivas, el objetivo del presente trabajo es analizar el sistema actual de notificación y registro de enfermedades profesionales, sus principales carencias, y señalar propuestas que mejoren el sistema.

Todo ello previo el estudio y análisis de los sistemas internacionalmente vigentes, en particular en otros países de la UE.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS PROPUESTOS INTERNACIONALMENTE PARA LA DETERMINACIÓN Y CATALOGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

El número de enfermedades profesionales y los criterios con que se han reconocido como enfermedades que definan al trabajador como candidato a una indemnización varían de un país a otro. La necesidad de unificar criterios de indemnización de las enfermedades profesionales a nivel internacional hace mucho tiempo que se planteó, dando paso a la **lista de enfermedades profesionales**, es decir aquellas enfermedades de las que se supone que tienen su origen en la actividad laboral, de tal forma que el asegurado no necesite probar la relación causa-efecto entre la enfermedad que padece y la actividad laboral que desarrolla. Esto constituyó un gran avance en el campo de las enfermedades profesionales, puesto que suele ser muy fácil decir cuando se ha producido un accidente, y disponemos de técnicas avanzadas para descubrir las causas de los accidentes, pero no ocurre lo mismo en el caso de las enfermedades profesionales. Asimismo, es sencillo demostrar, una vez que se ha producido un accidente, que existía una razón para que así ocurriera, pero, sin embargo, es bastante difícil, si no imposible, demostrar que una enfermedad es directamente atribuible a la actividad laboral del trabajador. De ahí que la *prueba* tenga que ser sustituida por la *presunción*, lo que es como decir que siempre que determinados síntomas patológicos sean anormalmente frecuentes entre los individuos que realizan ciertos trabajos, presumiremos que se trata de una Enfermedad Profesional.

2.1. Lista internacional de la OIT y criterios de identificación de una enfermedad determinada.

En 1919, año de su creación, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió el ántrax como enfermedad profesional. En 1925 se estableció la primera Lista de Enfermedades Profesionales de la OIT en virtud del Convenio nº 18, relativo a la

indemnización por enfermedades profesionales. En él se incluían tres enfermedades. Poco después fue modificado por el Convenio nº 42, de 1934, en el que figuraban diez enfermedades. En 1964 la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó un nuevo Convenio (nº 121) sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Al Convenio se unió como anexo una Lista de enfermedades profesionales, que incluía quince enfermedades, y constituyó una revisión de las dos anteriores. Esta nueva lista permitía su modificación sin necesidad de adoptar un nuevo convenio (OIT 1964).

Es importante señalar que de acuerdo con los términos de la Recomendación para las indemnizaciones de los Accidentados de Trabajo, 1964 (nº 121) que fue adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo al mismo tiempo que el Convenio 121, la definición de enfermedad profesional, básicamente no difiere de lo recomendado por los expertos médicos, a saber: “cada miembro, de acuerdo con las condiciones prescritas, debe considerar como enfermedades profesionales aquéllas de las que se sabe que derivan de la exposición, en procesos, actividades o profesiones, a substancias o riesgos inherentes a tales procesos, actividades o profesiones”.

La lista de enfermedades profesionales del Convenio 121 fue revisada por la Conferencia Internacional del Trabajo, en el año 1980, a propuesta de un Comité de Expertos de la OIT. La lista corregida del Convenio 121 contiene, en la actualidad, 29 grupos de enfermedades profesionales (ver Anexo V). Dicha lista fija dos criterios-guía que figuran como encabezamientos de las dos columnas del cuadro: en la parte izquierda la lista de enfermedades profesionales, con especificación del agente etiológico; en la parte derecha las actividades laborales que conllevan exposición al riesgo. Esta indicación puede que represente una limitación de la cobertura del seguro, proporcionada al insuficiente grado de desarrollo de las técnicas de diagnóstico en medicina y al insuficiente conocimiento de la etiología profesional. Sin embargo, es misión de las autoridades competentes de cada nación especificar, en aplicación de este cuadro, los casos en los que hay que tener en cuenta el grado y el tipo de exposición.

La práctica nacional, como es lógico, varía de un país a otro. En lo que respecta a las

enfermedades, algunos países simplemente enumeran los riesgos profesionales (agentes químicos, físicos y biológicos) que pueden dar lugar a la enfermedad. Otras naciones han adoptado, sin revisarlo, el cuadro adjunto al Convenio nº 121, listando las enfermedades y los trabajos que conllevan exposición al riesgo de contraer la enfermedad. Existen, también, países donde se define, en términos generales, la naturaleza de los agentes nocivos, junto con una serie de causas (por ejemplo: “casos agudos y crónicos de intoxicación y sus consecuencias”) que en la práctica pueden abarcar las intoxicaciones debidas a cualquier producto químico o compuesto. En ciertos países, el reconocimiento de una enfermedad como de carácter profesional está muy restringido, para lo que disponen de una lista limitativa de síntomas patológicos que sirven para determinar el origen laboral de una enfermedad pendiente de calificación, aún cuando la lista del Convenio 121 no contenga restricción alguna a este respecto.

Otro tanto ocurre con la enumeración de los tipos de trabajo, los procesos, las industrias o las tareas que, en ciertos países, tienen un carácter restrictivo, mientras que en otros tienen solamente un carácter indicativo. Con la finalidad de facilitar la interpretación de estas listas, especialmente en lo que respecta a la aplicación del principio de presunción del origen profesional de la enfermedad, algunos sistemas nacionales estipulan, para determinadas enfermedades, condiciones tales como periodos mínimos de exposición al riesgo y retrasos en su aparición.

La inscripción de una enfermedad en la lista representa el reconocimiento, a nivel internacional, de la naturaleza profesional de dicha enfermedad. Asimismo, significa que su notificación se hace obligatoria en los países que hubieran ratificado el Convenio, lo cual facilita la recogida de datos estadísticos. Sin embargo, el cuadro del Convenio no cubre, ni con mucho, todas las entidades patológicas inducidas por riesgos existentes en los ambientes laborales, como pueden ser las enfermedades debidas a las radiaciones no ionizantes, otras enfermedades broncopulmonares no recogidas, cuadros patológicos debidos a la sobreexposición de una parte del cuerpo, enfermedades relacionadas con el estrés, etc. Existe una necesidad evidente de efectuar investigaciones dirigidas a mejorar la definición, desde el punto de vista médico-legal, de las enfermedades aún no incluidas en la lista, y de llegar a reconocerlas, si fuera posible, como enfermedades profesionales para

incluirlas en la lista internacional. A este respecto, se plantea un problema especial en el caso de las enfermedades comunes de las que diversos estudios epidemiológicos, realizados en trabajadores de varias industrias, han demostrado que tienen una estrecha relación con el ambiente laboral.

Por lo que se refiere a la identificación de una enfermedad determinada, en el artículo 8 del Convenio nº 121, sobre las prestaciones en caso de accidente de trabajo o enfermedades profesionales, en el que se relacionan las diversas opciones relativas a la elaboración de las listas de enfermedades profesionales comprendidas en el sistema de prestaciones a los trabajadores, se establece lo siguiente:

Todo miembro deberá:

- a) Establecer una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el cuadro I del presente Convenio y que serán reconocidas como enfermedades profesionales cuando sean contraídas en las condiciones predefinidas.
- b) Incluir en su legislación una definición general de enfermedad profesional, que deberá ser suficientemente amplia para que abarque, por lo menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del presente Convenio.
- c) Establecer una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a), añadiendo, además, una definición general de enfermedad profesional, o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes a las predefinidas.

El punto a) es lo que se denomina *sistema de lista*; el punto b) *sistema de definición genérica o de cobertura global*, y el punto c) *sistema mixto*.

Si bien el sistema de lista tiene el inconveniente de que únicamente comprende un determinado número de enfermedades profesionales, presenta la ventaja de relacionar las enfermedades que se presumen de origen profesional. En este sistema suele ser muy difícil, si no imposible, demostrar la relación causal directa entre una enfermedad y la profesión del paciente. En el número 2 de apartado 6 de la Recomendación nº 121 se establece que “el

origen profesional de estas enfermedades debería presumirse, salvo prueba en contrario” (*en las condiciones preestablecidas*). Este sistema presenta asimismo la importante ventaja de indicar claramente dónde se debe centrar la prevención.

En teoría, el sistema de la definición genérica abarca la totalidad de las enfermedades profesionales; sin embargo en el ámbito previsto en él, más amplio y flexible, corresponde al afectado demostrar el origen profesional de la enfermedad y no se pone especial acento en la prevención específica.

En vista de la sensible diferencia existente entre una definición genérica y una lista de enfermedades específicas, muchos Estados miembros de la OIT han optado por el sistema mixto, que combina ventajas de los otros dos y está libre de sus inconvenientes.

2.2. Listas europeas y recomendaciones de la Comisión

Con anterioridad a la actual Lista Europea de Enfermedades Profesionales propuesta en la Recomendación 90/326/CEE (Anexo VI), venían rigiendo las listas establecidas en las Recomendaciones de la Comisión de 23-07-62 y 20-07-66.

Con objeto de exponer de la forma más sistemática posible la estructura de los listados de la CEE, tal como resultan del juego combinado de las dos Recomendaciones citadas y del desarrollo de las mismas, consideraremos la existencia de cuatro listas interconectadas, de las cuales la última tiene una característica específica.

Lista Europea de Enfermedades Profesionales (“Lista europea”). Incluida en la Recomendación de 23-07-1962, constituye el punto de referencia de todas las demás. Tiene efectos médicos (prevención y estadísticas) y jurídicos (presunción legal “*iuris et de iure*” de enfermedad profesional).

Se divide en 6 grupos:

- Enfermedades profesionales provocadas por los agentes químicos siguientes: cita 25.
- Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes: cita 2.
- Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes: cita 5 de los cuales el primero (neumoconiosis) se subdivide en 3.
- Enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias: cita 4.
- Enfermedades profesionales por carencia: cita 1.
- Enfermedades profesionales provocadas por agentes físicos: cita 7, de las cuales la sexta se subdivide en 5.

Lista anexa indicativa de enfermedades que hay que someter a declaración con vistas a su eventual inscripción en la lista europea (“Lista indicativa”). Figura incluida en la Recomendación de 23-07-1962. Tiene únicamente efectos médicos, pero, como su mismo título indica, puede llegar a tener (previo trasvase de los agentes enfermantés a la “lista europea”) efectos jurídicos.

Su estructura es la siguiente:

- Enfermedades provocadas por los agentes químicos siguientes: cita 14.
- Enfermedades provocadas por agentes diversos: cita 2.

- Enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros

epígrafes: cita 4.

- Enfermedades provocadas por causas físicas: cita 1.

Lista de excepciones, que enumera los agentes nocivos y enfermedades profesionales para los cuales pueden establecerse las condiciones limitativas indicadas. (“Lista de excepciones”). Figura en la Recomendación de 20-VII-1966, tiene efectos médicos y jurídicos y enumera las únicas condiciones restrictivas admisibles: cita 9.

Las Reseñas de Información Médica (“Notices d’information médicale”). Tiene únicamente naturaleza médica y meramente indicativa. No se publican en el Diario Oficial de las Comunidades, sino en separatas específicas. Se basan en los informes que obligatoriamente han de proporcionar a la Comisión cada dos años (Recomendación de 20-VII-1966) todos los países comunitarios y en los informes de los propios expertos de la Comisión de la CEE, de la C.E.C.A. y del E.U.R.A.T.O.M. Se destinarán específicamente a los médicos y técnicos laborales y de la Administración Social. Cumplen funciones de información médica y laboral, estadística, restricción de las condiciones limitativas, actualización de la “Lista europea” (especialmente mediante estudios técnicos acerca de la conveniencia de un eventual trasvase a la misma de las sustancias y enfermedades enumeradas en la “lista indicativa”), vigilancia, control y ampliación de las enfermedades consideradas en esta última, etc.

El complejo sistema propuesto por la CEE para la determinación y catalogación de las enfermedades profesionales se apoya en la combinación armoniosa de los siguientes criterios, deducidos todos ellos de las Recomendaciones de la Comisión de 23-VII-62 (DOCE de 31/8) y de 20-VII-66 (DOCE de 9/8).

Criterio mixto

La introducción en cada legislación nacional del llamado “sistema mixto” consiste, tal y como se deduce del análisis combinado de las dos Recomendaciones citadas, en la yuxtaposición de dos métodos o fórmulas de determinación.

De una parte, el sistema de lista, que crea una presunción legal según la cual la víctima de una afección queda liberada de probar su origen profesional si dicha afección figura en la lista y si, llegado el caso, se cumplen los restantes requisitos. De otra parte, el sistema clásico de la prueba, cuando la citada presunción no puede ser invocada.

Si la víctima se halla fuera de los supuestos de presunción (lista), puede aportarse la prueba de que existe una relación de causalidad entre la actividad profesional y la enfermedad. En caso positivo, la víctima es asistida como si se tratara de una enfermedad profesional, pero la enfermedad en cuestión, sin embargo, no es considerada en sí misma y de un manera general como enfermedad profesional.

Bien entendido que si, en un cierto número de casos y para una afección determinada, se localiza la citada relación de causalidad, entonces procede introducir dicha enfermedad en la lista de enfermedades profesionales. A partir de ese momento la presunción de enfermedad profesional jugará con carácter automático.

Criterio de unicidad

La CEE recomienda la fusión en una lista nacional única de las enfermedades profesionales que, a veces, son reconocidas como tales sólo para determinados sectores profesionales (por ejemplo, lista especial de enfermedades profesionales para la agricultura).

Para la Comisión de la CEE la evolución técnica ha hecho que los riesgos sean cada vez más similares en los diferentes sectores, en cualquiera de los cuales un mismo agente nocivo, químico por ejemplo, puede estar presente.

Criterio de flexibilidad

Que resulta básicamente de la instauración de una declaración obligatoria por parte de todos los médicos que se hallen en presencia de una enfermedad que presuman tiene un origen profesional.

Esta declaración obligatoria tiene como fin la prevención y ulterior inscripción de tales afecciones en la lista nacional "indicativa" de enfermedades profesionales, logrando así su constante actualización, y desde ésta, oportunamente, la actualización regular y permanente de la lista "básica".

Conviene señalar que el deber general de "denuncia" propuesto por la CEE no ha sido adoptado por todos los países que forman la misma, los cuales mantienen al respecto sistemas muy diversos.

Por lo demás, en el seno de la CEE se propugna una estructura sencilla, comprensible y centralizada de recogida y tratamiento de datos estadísticos como medio necesario para hacer posible la aplicación del criterio de flexibilidad.

Criterio de generalidad

La Comisión de la CEE propone la supresión de las condiciones limitativas sistemáticas, si bien permite la subsistencia de tales condiciones para ciertas afecciones que enumera la Recomendación de 20-VII-1966.

Estas condiciones limitativas se refieren a:

- La descripción de los síntomas de la enfermedad.
- Las actividades profesionales declaradas como únicas susceptibles de provocar la enfermedad considerada.
- Los plazos de exposición al riesgo.
- Los plazos referentes a la comprobación de la enfermedad después del cese de la

exposición al riesgo (llamado plazo de "prise en charge", y que se corresponde con el período de tiempo comprendido entre el cese de la actividad enfermante y la manifestación de la enfermedad), equivalente al periodo de latencia.

Varios países imponen de una u otra forma condiciones limitativas. De éstas, las más frecuentes son el listado de actividades profesionales susceptibles de provocar una enfermedad profesional y el periodo de latencia.

La Recomendación de la Comisión de la CEE de 20-VII-1966, elimina como causas limitativas la descripción de los síntomas de las enfermedades y deja subsistir las otras tres condiciones limitativas sólo para determinados supuestos expresamente enumerados en una lista anexa a dicha Recomendación. Son numerosos y sólidamente fundados los argumentos que tanto ésta como el 5.º informe de la Comisión en materia de enfermedades profesionales aducen en contra de las condiciones restrictivas, que si bien tuvieron una razón de ser en el pasado, hoy carecen de sentido. En particular, el desarrollo de los conocimientos en medicina del trabajo permiten hoy valorar las importantes variaciones que, en las manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad, se derivan de la manera de reaccionar de cada enfermo, de su aptitud física y de la intensidad -y no sólo de la duración- de su sometimiento al riesgo.

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA VIGENTE EN ESPAÑA.

3.1. Concepto de enfermedad profesional.

Según el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, "se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena

en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de

aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

El cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social es aprobado por el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo¹¹. El cuadro presenta una lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas. Dicha lista se presenta en el Anexo VII.

Asimismo, el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, que contiene la actual definición legal del accidente de trabajo, incluye lo siguiente:

" 2. *Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:*

e) Las enfermedades profesionales no incluidas en el artículo siguiente (que define la enfermedad profesional), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

3. *Se presumirá salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo."*

Las prestaciones de la Seguridad Social por enfermedad profesional, así como la colaboración en la gestión de las contingencias laborales, se describen en el Anexo VIII.

3.2. PARTES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

3.2.1. Partes médicos de Incapacidad Temporal

Tramitación

La prestación por incapacidad laboral requiere la expedición de partes médicos de baja, de confirmación de la baja, y de alta. La tramitación y el contenido de estos documentos están regulados por la Orden de 19 de junio de 1997 (Mº de Trabajo y Asuntos Sociales) por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

El parte médico de alta/baja de incapacidad temporal debe ser expedido inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador por el facultativo que lo realice, extendiéndose por cuadruplicado ejemplar. Su tramitación se representa en el diagrama .

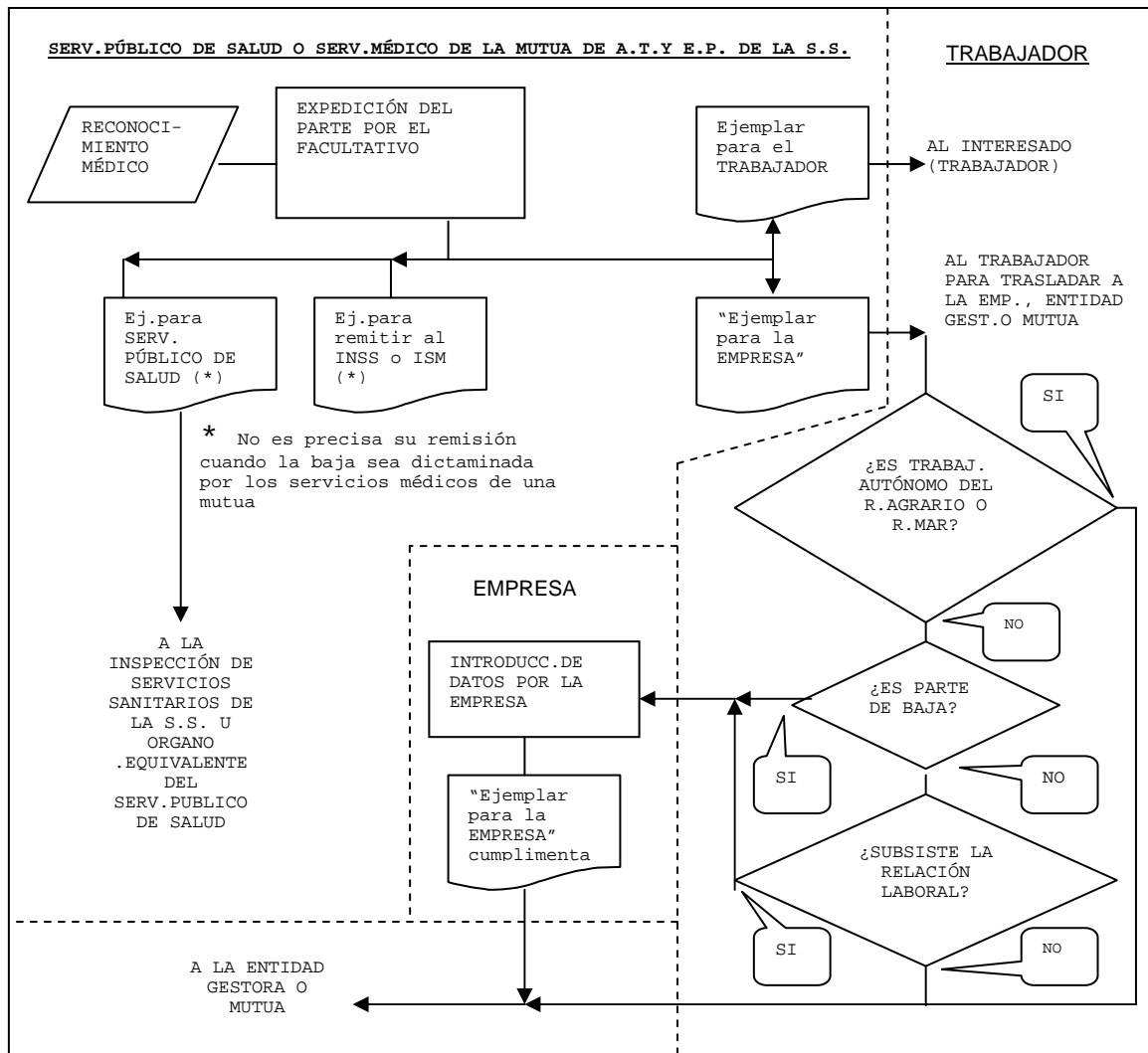
Existen además partes médicos de confirmación de baja, emitidos con periodicidad semanal, cuya tramitación es idéntica a los de alta y baja. A partir del tercer parte médico de confirmación de baja, se deberá formalizar un informe médico complementario cada cuatro semanas.

Cuando la baja afecte a trabajadores de empresas que hayan concertado la protección de las contingencias profesionales con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, o a trabajadores por cuenta propia que, a su vez,

hayan concertado con una Mutua la cobertura de la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta y, en su caso, los informes médicos complementarios, serán formalizados directamente por los servicios médicos de la Mutua, sin que en estos casos sea preciso remitir las copias de los partes médicos a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del correspondiente Servicio Público de Salud, ni a la entidad gestora.

Además, cabe la posibilidad de que el parte de alta médica sea expedido por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, según lo establecido el artículo 39 de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, que modifica el artículo 131 bis del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. Esta novedad ha dado lugar a la modificación del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, sobre gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal mediante el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, que desarrolla lo previsto en la Ley, en lo referente a los partes de baja médica por enfermedad profesional emitidos por el Servicio Público de Salud.

TRAMITACIÓN DE LOS PARTES MÉDICOS DE I.T. EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL



Contenido de los partes de baja/alta

En el modelo de parte médico de baja/alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales deben constar, además de los datos que identifican al trabajador y a la empresa, otros datos relevantes como son el régimen correspondiente al trabajador, su situación laboral (activo o desempleado), la actividad de la empresa (CNAE) y el puesto de trabajo. Se indicará si la baja ha sido causada por accidente de trabajo, por enfermedad profesional o por periodo de observación de esta, así como si se trata de una recaída de un proceso anterior o no. Entre los datos médicos y relativos al proceso de incapacidad se encuentran la descripción de la limitación de la capacidad funcional, el diagnóstico, la duración probable de la baja, la duración estándar, las fechas del AT o EP, de la baja y del alta, y la causa del alta.

En el ejemplar para la empresa, esta cumplimenta datos relativos a la situación del trabajador, como el régimen, el grupo de cotización y la clase de contrato de aquel, así como otros datos sobre cotización a efectos de determinar la base reguladora de la prestación por incapacidad temporal.

En el anexo IX se presentan copias de los modelos de parte de baja/alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

3.2.2. Partes estadísticas de enfermedad profesional

Normativa reguladora de la captación de datos estadísticos de enfermedades profesionales

Lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre de 1987, por la que se establecen los modelos vigentes actualmente para la notificación de accidentes de trabajo, excluye de su ámbito de aplicación a las enfermedades profesionales, tal como se recoge en su artículo octavo, que se transcribe a continuación:

“Lo dispuesto en la presente Orden solo será de aplicación en el caso de accidentes de

trabajo. En el caso de enfermedades profesionales se seguirán utilizando el parte y el “Boletín Estadístico” actualmente en vigor.”

No obstante, es preciso matizar que la propia Orden deroga “la Orden de la Presidencia del Gobierno de 17 de diciembre de 1968, por la que se modifica el procedimiento de tramitación y el modelo del “Boletín Estadístico” para la estadística de accidentes de trabajo”.

Consecuentemente, y en ausencia de regulación posterior sobre la materia, se deduce que los procedimientos por los que actualmente se captan los datos estadísticos sobre enfermedades profesionales son los establecidos por la Resolución de 6 de marzo de 1973 de la Dirección General de Trabajo, por la que se aprueba el modelo oficial de “Parte de Enfermedad Profesional”, y la Orden de la Presidencia del Gobierno de 17 de diciembre de 1968, por la que se modifica el procedimiento de tramitación y el modelo del “Boletín Estadístico” para la estadística de accidentes de trabajo, siendo dudosa la vigencia de esta última dada la ambigüedad de la Orden de 16 de diciembre de 1987 citada. El contenido de estas disposiciones se resume a continuación.

El Parte de Enfermedad Profesional (Resolución de la D.G.de Trabajo de 6-3-1973)

La Resolución del 6 de marzo de 1973 desarrolla lo dispuesto en el artículo 22 de la Orden de 13 de octubre de 1967 del Ministerio de Trabajo, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social (modificada por la Orden de 22 de enero de 1973), en lo referente al “parte de enfermedad profesional”. Dicho artículo establece que en el parte se harán constar los datos siguientes: “Nombre, domicilio y residencia de la empresa;

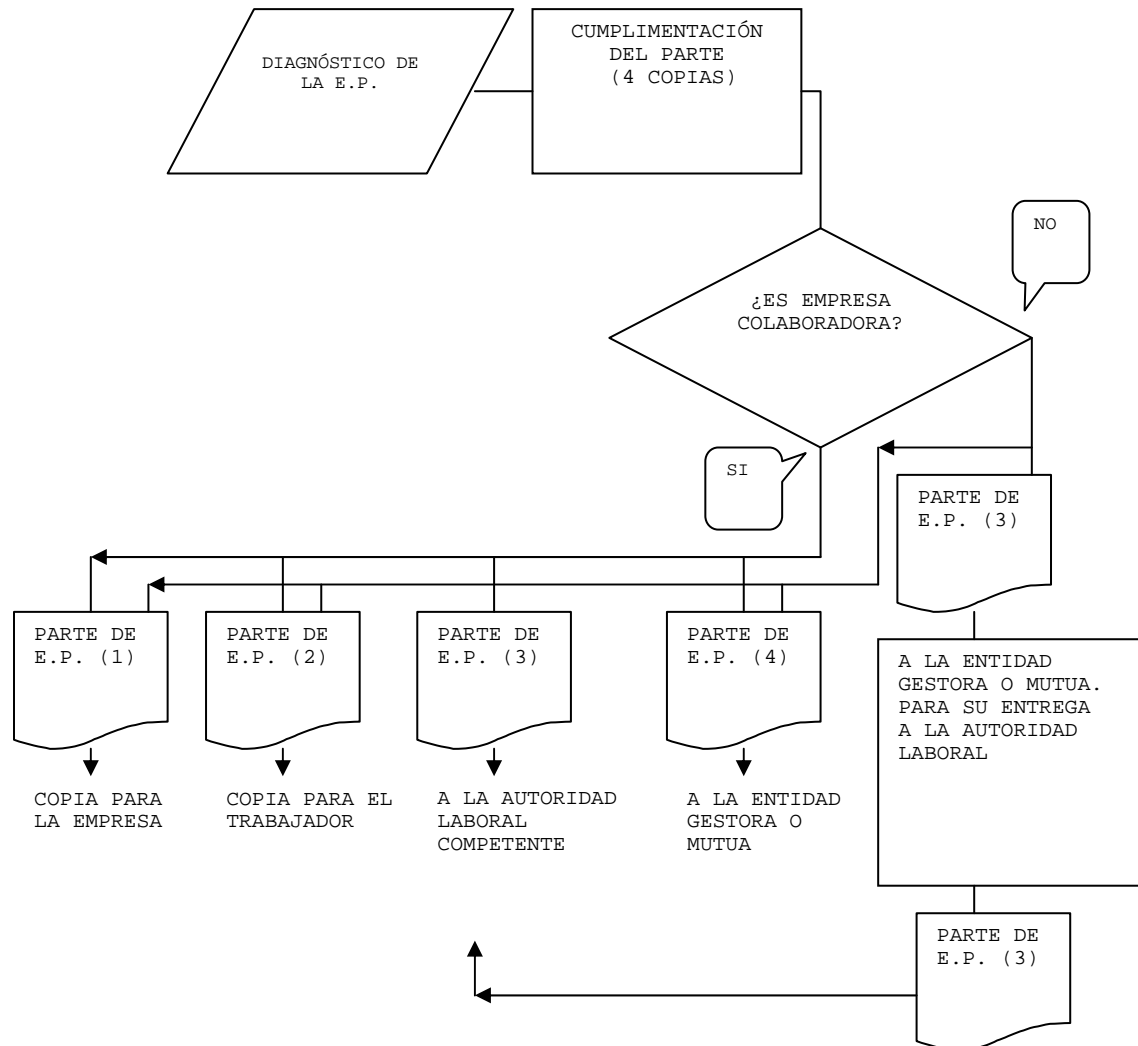
Mutualidad Laboral o Mutua Patronal que tenga a su cargo la protección; número de

inscripción de la empresa en la Seguridad Social; indicación de las empresas con riesgo de enfermedad profesional, actividad de las mismas, en que hubiese prestado servicio anteriormente el trabajador enfermo y fechas de alta y baja en las mismas; nombre y apellidos, fecha de nacimiento, estado civil y domicilio del trabajador; número de afiliación a la Seguridad Social; oficio y categoría profesional, Reglamentación de Trabajo y, en su caso, Convenio Colectivo aplicable; salario que percibía el trabajador, trabajo que realizaba al diagnosticarse la enfermedad profesional y trabajos realizados anteriormente; determinación de los trabajos que se consideren causantes de la enfermedad profesional, clase y datos médicos asistenciales de la misma.”

En el modelo de parte establecido por la resolución se detallan además otros datos como son la fecha de diagnóstico, si causó baja laboral o no, el sexo del trabajador y el tiempo en el puesto de trabajo, la plantilla de la empresa, ubicación del centro de trabajo. Entre los datos asistenciales de la enfermedad se detallan su clase, la descripción de los trabajos causantes, el tiempo en meses de exposición al riesgo, la fecha de reconocimiento previo y del último reconocimiento periódico, el diagnóstico y su carácter y la descripción y el grado de la enfermedad.

Finalmente, el parte incluye en el reverso un conjunto de datos relativos a las retribuciones del trabajador, a efectos de la determinación de la cuantía del subsidio por incapacidad laboral transitoria derivada de enfermedad profesional.

El “Parte de Enfermedad Profesional” debe ser cumplimentado por el empresario, y el procedimiento establecido por la Resolución para su tramitación se describe en el diagrama siguiente:



En el anexo X se presenta una copia del modelo de "Parte de Enfermedad Profesional".

El “Boletín Estadístico” para la estadística de accidentes de trabajo (O.de 17-12-1968 de la Presidencia del Gobierno)

Este documento dejó de presentarse a la autoridad laboral al afectarle la derogación incluida en la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre de 1987 por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo.

En un principio, el boletín debía ser cumplimentado por la Entidad gestora o la Mutua Patronal a cargo de las contingencias laborales o, en determinados supuestos, por la empresa autorizada a colaborar en la gestión de dichas contingencias. Se cumplimentaba un boletín “por cada uno de los casos en que se hubiese producido, en el mes inmediato anterior, el alta médica o el fallecimiento del trabajador accidentado o víctima de enfermedad profesional o su pase a la situación de invalidez provisional por agotamiento de los plazos señalados para la incapacidad laboral transitoria o la terminación de la primera de dichas situaciones con propuesta de declaración de la invalidez permanente”.

Conforme a la Orden de 28 de mayo de 1974 de la Presidencia del Gobierno, los boletines se presentarían mensualmente en las Delegaciones Provinciales de Trabajo.

Además de la identificación del trabajador, la Entidad gestora y la empresa, el boletín recogía, entre otros datos, las fechas de baja y alta en la actividad laboral y el número de días transcurridos entre ambas, el grupo y epígrafe de la tarifa aplicada al puesto de trabajo, causa y clase de la enfermedad profesional, descripción de las lesiones, parte del cuerpo lesionada, pérdidas anatómicas o funcionales, consecuencias, según dictamen facultativo (Alta médica sin incapacidad, alta médica con indemnización por baremo, alta médica con incapacidad permanente, pase a invalidez provisional o muerte).

Por tanto, la derogación de este documento sin el establecimiento de otro que lo sustituya, impide el seguimiento estadístico de aspectos relevantes de los procesos de enfermedad profesional con baja en la actividad, como son su duración y sus consecuencias.

3.3. Captación de casos y detección

La capacidad de captación de casos del sistema de información determina la *sensibilidad* del mismo, en términos de su capacidad para detectar el mayor número de casos producidos y por lo tanto su capacidad para dimensionar la magnitud real del problema.

Al contrario de lo que ocurre en el accidente de trabajo, en el que la inmediatez de las consecuencias y la urgencia de la intervención sanitaria difícilmente hacen indisociable la causa laboral del daño, en el caso de la enfermedad profesional, cuya irrupción, normalmente no es de carácter agudo, y cuya atención sanitaria puede dilatarse en el tiempo y orientarse hacia los servicios de la Sanidad Pública, se favorece la desvinculación del proceso con el agente laboral causal, bien por desconocimiento o bien por la prioridad de la acción sanitaria terapéutica en detrimento de la etiológica.

Los elementos que intervienen en la captación y detección de casos vienen definidos por aquellos servicios que ocupan el primer nivel de atención de la enfermedad profesional. Es decir en aquellos servicios en los que se pueda dar la siguiente concomitancia: posibilidad de realizar una **prestación sanitaria** y capacidad para la **asignación de su carácter profesional** y, en su conjunto, deben cubrir el abanico de posibilidades de atención a la enfermedad profesional.

a) MATEPSS y empresas autoaseguradora

Son los órganos habituales en la detección de las enfermedades profesionales.

En el caso de las MATEPSS se produce el inconveniente de tener un número grande de trabajadores en múltiples empresas. La mayoría de las veces ya vienen orientados con la

sospecha de un origen laboral, con lo que los casos filiados como contingencia común no llegan a conocerlos en la mayoría de los casos. Se debe hacer un mayor énfasis en los reconocimientos preventivos específicos. En muchos casos no tienen un conocimiento suficiente de los riesgos existentes en cada empresa, salvo que vayan expresamente.

En las empresas *autoaseguradoras* existe el inconveniente, en muchas de ellas, de tener un número relativamente escaso de trabajadores protegidos, lo que puede conllevar el no disponer de una formación suficiente en cuanto a patologías laborales complejas. Tiene la ventaja de tener un más fácil acceso a los riesgos y daños concretos de la empresa y por tanto poder relacionarlos.

b) Servicios de Atención Primaria o Especializada del Sistema Nacional de Salud y médicos de libre ejercicio

La mayoría de los trabajadores con enfermedades, tanto de etiología común como profesional, son vistos por los servicios públicos de salud, especialmente por la Atención Primaria. Esta atención universal que podría representar una ventaja se ve reducida, sin embargo, por una serie de inconvenientes. En la mayoría de los casos estos profesionales no tienen una formación específica suficiente en el campo laboral, lo que les impide relacionar los casos. Además no existe una cultura de asumir el mundo del trabajo como algo consustancial al paciente, estimando que los aspectos laborales son competencia de otros organismos.

Tienen un campo de actuación potencial muy importante, especialmente con las enfermedades relacionadas con el trabajo (llamadas también a nivel judicial “enfermedades profesionales no listadas”). También resultan importantes en relación con los colectivos sin cobertura de contingencias profesionales (autónomos,...). Un punto esencial en el que pueden y deben tener un papel importante es en las enfermedades de larga evolución que pueden presentarse varios años después de haber finalizado la relación laboral y el riesgo directo (procesos oncológicos, algunas afecciones neurológicas, ...).

Como función residual prestan atención directa a los trabajadores que tienen la cobertura de las contingencias profesionales directamente con la Seguridad Social. Este colectivo tiende a ser cada vez menor, aumentando los protegidos por las Mutuas.

En algunas regiones, pocas en la actualidad, están actuando como médicos centinelas de determinados sucesos de probable etiología laboral.

Los médicos de libre ejercicio constituyen, si bien de forma marginal, un colectivo con capacidad de captación y detección de casos.

c) Equipos de Valoración de Incapacidades

Tienen entre sus funciones la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen. Este es el inconveniente mayor, pues solo actúan a demanda y en la práctica en pocas ocasiones.

También realizan los dictámenes respecto a posibles incapacidades permanentes de etiología tanto común como laboral.

Por lo tanto su capacidad de detección va a ser escasa, pues los casos sospechosos les son remitidos desde otras instancias.

d) Unidades Básicas de Salud de los Servicios de Prevención

Deben tener un conocimiento rápido y directo de los daños de origen laboral que afecten a los trabajadores. Esta detección se hará mediante dos vías, la vigilancia específica de la salud en función de los riesgos, prevista en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en el Reglamento de los Servicios de Prevención, y conocimiento de las enfermedades de los trabajadores y sus ausencias del trabajo por motivos de salud, en los términos establecidos

en el apartado 3.d. del artículo 37 de dicho Reglamento. Además deben tener conocimiento de los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo según dispone el referido artículo.

Naturalmente la situación es muy distinta si nos referimos a los servicios propios o a los ajenos. El grado y rapidez de conocimiento de riesgos y daños así como su capacidad de interrelación suelen ser, en general, más favorables en el caso de los primeros.

Deben ser unos elementos básicos en la detección de las enfermedades laborales. Estas estructuran constituyen, por lo tanto, **los puntos de primer orden** en la red del sistema de información.

3.4. Confirmación y depuración de datos

a) MATEPSS

En nuestro país se da un modelo diferenciado entre el aseguramiento y gestión de las prestaciones por contingencia laboral y el aseguramiento de la contingencia común. Siendo realizada, en su mayor parte, por entidades colaboradoras del Sistema de la Seguridad Social (MUTUAS).

Estas entidades aseguradoras reciben por lo tanto la información relativa a la, potencialmente, enfermedad profesional con el objeto de proceder a su compensación.

En el contexto de nuestro sistema preventivo, el papel de estas entidades no se reduce a la mera gestión de las prestaciones, sino que están legalmente habilitadas para ejecutar acciones preventivas en materia de prevención de EP (art. 2 y 5 de la Orden de 22 de abril de 1997).

b) Sistema Nacional de Salud

Solo realizan la confirmación de forma directa para los trabajadores que tienen protegidas las contingencias profesionales con el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Aunque a través de los servicios de asistencia especializada pueden realizar actuaciones para Mutuas y autoaseguradoras cuando les sea solicitado.

Aunque tienen una amplísima red de asistencia sanitaria especializada, tienen la misma dificultad apuntada en el apartado anterior respecto a servicios de referencia con un componente de salud laboral, salvo las mismas excepciones indicadas.

c) Equipos de Valoración de Incapacidades

Como ya se comentó anteriormente al hablar de la detección tienen una serie de funciones en los apartados de incapacidad temporal, muerte e incapacidad permanente.

Los casos sospechosos les son remitidos desde otras instancias generalmente. En incapacidad temporal y muerte, la mayoría de las veces, más que una confirmación lo que realizan es dirimir la etiología común o profesional de una enfermedad, a solicitud de alguna de las partes, en un tipo de decisión administrativa, previa a la judicial.

Desde el punto de vista del sistema de información son, por lo tanto, elementos que ocupan un **segundo orden** dentro de la red de información.

3.5. Notificación

a) *La empresa*

La propia empresa está obligada a notificar a la autoridad laboral, directamente en el caso de las autoaseguradoras o a través de la Mutua en las demás, la enfermedad profesional mediante el correspondiente documento oficial "Parte de enfermedad profesional".

Este modelo es muy antiguo y obsoleto, siendo incompleto en algunos apartados y de difícil tratamiento informático.

b) *MATEPSS y empresas autoaseguradoras*

Cumplimentan los partes médicos de baja o alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

Hasta junio de 1997 remitían una copia a la administración sanitaria (generalmente los Servicios de Inspección del INSALUD o del Servicio Autonómico de Salud), pero desde dicho mes ya no es obligatorio. Este modelo, en los lugares que se explotaba, permitía obtener datos complementarios que el parte remitido a la autoridad laboral, dada su obsolescencia, no tenía. Además dicho documento estaba cumplimentado por profesionales sanitarios.

c) *Sistema Nacional de Salud*

Estos profesionales cumplimentan dichos partes de baja y alta por contingencias profesionales pero solamente para los trabajadores que tienen protegidos dichos aspectos con el INSS. En este caso sí se remite una copia al Servicio Público de Salud correspondiente, pero es preciso recordar que este colectivo cada vez es más residual, en favor de las Mutuas.

En algunos lugares, con implantación de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud laboral o de médicos centinelas en estos aspectos, tienen establecidos sistemas adicionales de notificación y registro de enfermedades laborales a las administraciones sanitarias de salud pública o salud laboral.

d) Servicios de Prevención

Los antiguos Servicios Médicos de Empresa reconvertidos, y en algunos casos los nuevos Servicios de Prevención, remiten algún tipo de información a la administración sanitaria. Esto no se da en todas las Comunidades Autónomas, no es remitido por la mayoría de los Servicios de Prevención y el tipo de información obtenida es bastante diferente de unos casos a otros.

Al objeto de evitar esta dispersión en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se está discutiendo un Conjunto Mínimo de Datos sobre Salud Laboral a remitir por los Servicios de Prevención a la Administración Sanitaria.

Algunos participan en programas de vigilancia epidemiológica y sucesos centinela en salud laboral.

3.6. Parte de notificación ordinaria de Enfermedad Profesional

El actual sistema de notificación de las enfermedades profesionales está regulado por la O.M. de 22 de enero de 1973 y la Resolución de la anterior Dirección General de la Seguridad Social, de 6 de marzo de 1973, en las que se establece el procedimiento de cumplimentación y tramitación de la EP y el modelo a utilizar.

La O.M. de 16 de diciembre de 1987, por la que se estableció el nuevo modelo de notificación del accidente de trabajo y las instrucciones de cumplimentación, no afectó a la notificación de la EP, siguiendo vigente el modelo de 1973.

El actual modelo de declaración de una enfermedad profesional resulta obsoleto dado que:

- No recoge variables de gran valor para la descripción epidemiológica de las EP (ej.: ocupación, tipo de contrato, etc.).
- Contiene variables cuya cumplimentación e interpretación se presta a equívocos, es redundante o tienen escasa utilidad en el estudio de la relación exposición-efecto (ej.: trabajo que realizaba al diagnosticarse la enfermedad, oficio, categoría profesional, etc.).
- No contempla la codificación de las variables y no permite el tratamiento informatizado de los datos.

3.7. Cobertura

En la actualidad no existe una cobertura completa de los trabajadores a riesgo de enfermedad profesional. La obligación de comunicar una EP recae en las empresas con trabajadores por cuenta ajena y en los trabajadores por cuenta propia o autónomos que tengan cubierta esa contingencia.

Sin embargo, cualquier propuesta de modificación del actual sistema de declaración de enfermedad profesional debe de plantearse, como uno de sus objetivos, el obtener información de las EP de la totalidad de los trabajadores, independientemente del tipo de relación laboral de estos, tengan o no cubiertas las contingencias profesionales mediante prestaciones económicas específicas.

Tras el cambio legislativo que ha supuesto la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la normativa derivada, ampliando el ámbito de aplicación de la legislación en materia de seguridad y salud laboral a todos los trabajadores, un paso lógico sería ampliar, también a

todos los trabajadores, la obligación de declarar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Este propósito, por el momento, se contradice con el propio concepto de enfermedad profesional (art. 116 de la Ley General de la Seguridad Social), que sólo conceptúa como profesional a las enfermedades que se contraen a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena (en cualquiera de los Regímenes de la Seguridad Social, con inclusión de los trabajadores agrarios por cuenta propia).

4. LA TUTELA DE LOS DERECHOS E INTERESES DE LOS TRABAJADORES EN LOS PROCESOS DE RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN, REGISTRO, TRATAMIENTO E INDEMNIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

4.1. Justificación

El reconocimiento y declaración de una contingencia profesional es una circunstancia que, en principio, favorece al trabajador interesado porque le asegura:

- a) el acceso a prestaciones de seguridad social mejores e indemnizaciones complementarias
- b) el reconocimiento del origen profesional de su dolencia, condición para lograr la adopción de las correspondientes medidas preventivas.

Sin embargo, y pese a tener como finalidad una mejor protección del trabajador, la actual regulación del sistema de reconocimiento y declaración de las enfermedades profesionales puede suponer determinadas limitaciones o contradicciones en relación con otros derechos e intereses del propio trabajador (intimidad y confidencialidad de la información médica, estabilidad en el empleo, discriminación laboral, etc.). En este apartado se abordan algunas problemáticas que dichas contradicciones pueden suscitar:

1. La protección de la confidencialidad de los datos médicos del trabajador en relación con la obligación empresarial de declarar los daños a la salud imputables a defectos de su sistema de prevención.
2. El derecho a conocer la información sobre el propio estado de salud y sobre el posible origen profesional de las enfermedades.
3. Los posible efectos negativos para el empleo de la declaración de una enfermedad como profesional: la movilidad indeseada, la expulsión del mercado de trabajo por imposibilidad de recolocación.
4. La decisión y el protagonismo del trabajador en el proceso de reconocimiento y declaración de su enfermedad profesional en casos de discrepancia.
5. La posible discriminación por motivos de salud derivada de los reconocimientos médicos iniciales previos a la contratación.

4.2. Protección de la confidencialidad de los datos médicos del trabajador.

La información sobre el estado de salud de una persona pertenece a la esfera de la privacidad y es objeto de protección en la legislación vigente. Esa protección debe, sin embargo, compaginarse con la necesidad de disponer de información epidemiológica con fines de investigación y planificación sanitarias.

La Ley General de Sanidad tiene en cuenta ambos extremos al reconocer a toda persona el “derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público” (art. 10.3) así como “el deber de guardar secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica” (art. 61), al mismo tiempo que considera

“actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos” (art. 8.1).

Dentro de estas mismas coordenadas, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales proporciona ulteriores criterios para trazar los límites entre el derecho a la intimidad y el interés general de la información sanitaria. Así en el artículo 22 se recoge el derecho a la intimidad, a la dignidad de la persona y a la confidencialidad en relación con la vigilancia de la salud, la prohibición de usar la información sanitaria “con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador” y limita el acceso a la información médica de carácter personal “al personal médico y a las Autoridades Sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador”.

Por otra parte, el Reglamento de los Servicios de Prevención insiste repetidamente en “analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de riesgos con criterio epidemiológico” (art.37.3.f), en encargar al personal sanitario el estudio del absentismo “a los solos efectos de identificar cualquier relación ... (con) los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo” (art. 37.3.d), así como en “el análisis de la situación epidemiológica según los datos aportados por el sistema de información sanitaria” (art. 6.1.d) con el fin de evaluar la eficacia de la prevención.

Para salvar las posibles disfunciones entre ambos preceptos, en la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales se advierte que “el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva”. En el mismo sentido se insiste en el art. 36.2.b en relación con el acceso a la información por parte de los Delegados de Prevención.

De acuerdo con los criterios expuestos se puede concluir que, en principio, se asegura la tutela del carácter confidencial de la información médica en el especial ámbito de la relación de trabajo, restringiendo el acceso a dicha información sólo a personal sanitario vinculado por el secreto profesional, mientras que para el resto de personas “con competencia en materia preventiva” tanto el acceso como el ámbito de la información requiere del criterio de necesidad para el ejercicio de sus funciones con una restricción absoluta respecto a los datos de identificación individual. A ello se añade el precepto de que los datos sobre la salud “no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador” (LPRL art. 22.4) lo cual permite el control y la represión judicial de los posibles abusos, así como la consideración de infracción muy grave “incumplir el deber de confidencialidad en el uso de los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores”.

Sin embargo, el artículo 23.3 de la propia ley viene a extender una sombra de duda sobre el verdadero funcionamiento de este sistema de tutela de la confidencialidad al asignar la empresario la obligación de “notificar por escrito a la Autoridad Laboral los daños para la salud de los trabajadores a su servicio que se hubieran producido con motivo del desarrollo de su trabajo, conforme al procedimiento que se determine reglamentariamente”.

A nuestro juicio, la aplicación del principio de confidencialidad a la notificación de las enfermedades profesionales debiera sugerir, de entrada, la necesidad de modificar la normativa actual que prevé que el Parte de Enfermedad Profesional sea rellenado por el empresario, por la sencilla razón que éste no debe conocer el diagnóstico. En este sentido se promovió en su día el cambio de diseño de los partes de baja para que en la copia destinada a la empresa no figurara el diagnóstico. Es decir, el Parte de Enfermedad Profesional debe ser rellenado por el médico que emite el diagnóstico apreciando una relación de la patología con las condiciones de trabajo, y su contenido no debe ser difundido fuera del ámbito estrictamente sanitario sin consentimiento expreso del trabajador.

¿Cómo compaginar este criterio con el hecho de que el empresario siga siendo responsable de la correcta notificación de la enfermedad profesional? ¿hay que proponer necesariamente una modificación del artículo 23.3 de la Ley? Desde nuestro punto de vista no hay necesariamente incompatibilidad y sería viable mantener la letra de dicho artículo desplazando la responsabilidad en la cumplimentación de ciertos datos del parte hacia la Mutua que notificaría al empresario el caso tal y como se viene haciendo en los partes de baja (es decir, sin diagnóstico). A partir de lo cual dicho empresario está obligado a comunicar a la Autoridad Laboral que en su empresa se ha producido un caso de enfermedad profesional rellenando los datos no sanitarios del parte mientras que es el médico de la Mutua quien debe remitir la información sanitaria directamente a la misma Autoridad Laboral. En caso de que el diagnóstico se hubiera realizado por personal médico ajeno a la Mutua, el paciente junto con los informes y pruebas correspondientes debe ser remitido a esta institución como encargada de prestar la asistencia necesaria. Todo lo cual, por otra parte, podría ser objeto del desarrollo procedimental previsto en el propio artículo 23.3 de referencia.

Desde un planteamiento más radical se puede incluso criticar que el empresario conozca que a un determinado trabajador se le ha diagnosticado una enfermedad profesional. ¿Es necesario que el empresario reciba esa información? Aquí se vuelve a plantear el conflicto entre la intimidad del trabajador y la necesidad del empresario de recibir información sobre el estado de salud de los trabajadores para cumplir sus obligaciones preventivas. En nuestra opinión es muy difícil, y tal vez excesivo, pretender sustraer esta información al empresario el cual, por otra parte, viene siendo informado sistemáticamente de las situaciones de baja por enfermedad de los trabajadores a su cargo. Por otra parte, parece verdaderamente necesario, en relación con la función empresarial de prevención, que éste conozca al menos que en su empresa se ha producido una enfermedad profesional. Por tanto, más que llevar el respeto del derecho a la intimidad hasta ese extremo es preferible asegurar que de la declaración de enfermedad profesional no se derive ningún perjuicio para el trabajador (ver punto 4.4.). En todo caso, se debería informar al trabajador de los términos en que el origen laboral de su proceso patológico va a ser comunicado al empresario con el fin de que pudiera -en última instancia- vetar los términos de dicha comunicación.

4.3. Acceso de los trabajadores a la información sobre su estado de salud

Esta cuestión es mucho menos problemática que la anterior, ya que en este caso no se produce conflicto de intereses alguno sino que se trata simplemente de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 10 y 61 de la Ley General de Sanidad.

Lo que parece evidente es que el trabajador tiene derecho a recibir tanta información sobre su estado de salud como necesite y quiera. Desde este punto de vista no se explica que en la actual copia para el trabajador del parte de IT no aparezca el diagnóstico. Para corregir ese desajuste hay que asegurarse que al trabajador se entrega una copia sin restricciones de toda la documentación que se emite.

A ello hay que añadir que se deben mejorar los mecanismos que aseguran al trabajador el acceso a su historial médico y quizás incluso a una copia de aquellos documentos del mismo necesarios para obtener una segunda opinión. Aunque el del "derecho a la copia" sea un problema todavía no resuelto común a todos los procesos clínicos y sanitarios, en el caso de las contingencias profesionales es especialmente urgente resolverlo de alguna manera. En este ámbito es muy frecuente la discrepancia entre profesionales de distintas entidades sobre el origen profesional o no de una dolencia, o sobre si se ha completado el proceso curativo y rehabilitador. Fruto de estas discrepancias está, a menudo, la repetición de pruebas idénticas lo cual supone un gasto innecesario y una sobreutilización de los recursos sanitarios.

Una eventual regulación de esta cuestión debería tener en cuenta el reconocimiento al trabajador interesado o a sus allegados de derechos como los siguientes:

- derecho a recibir copia de todo documento emitido en relación a su enfermedad
- derecho a acceder sin restricciones a su historial médico completo

- derecho a disponer, previa petición y bajo su responsabilidad, de documentos de su historial durante un plazo determinado.

4.4. El cambio del puesto de trabajo por causa de enfermedad profesional.

La legislación actual establece que los trabajadores que padecen alguna enfermedad profesional cuya progresión sea posible evitar mediante su traslado a otro puesto de trabajo exento de riesgo, tienen derecho al cambio de puesto. Esta disposición plantea el problema de qué hacer cuando no existe en la empresa otro puesto de trabajo exento de riesgo y susceptible de ser ocupado por el trabajador enfermo. En este caso, la empresa puede dar de baja al trabajador previa conformidad de la Inspección de Trabajo. El trabajador percibirá 12 meses de un subsidio equivalente al salario de su empresa, más 6 meses del mismo subsidio a cargo del INSS, seguidos de un período de hasta 12 meses de prestación por desempleo equivalente a su salario íntegro con cargo al INEM. Si transcurridos estos 30 meses el trabajador no ha encontrado trabajo, queda en el paro y sin prestación alguna.

La perspectiva de perder el puesto de trabajo en un país con una tasa de desempleo superior al 12% y un índice de temporalidad de más del 30% es ciertamente preocupante para cualquier trabajador al que se le diagnostique una enfermedad profesional. Para evitar la arbitrariedad y discrecionalidad, la Ley exige la conformidad de la Inspección de Trabajo y el sometimiento, en última instancia, al control judicial a demanda del trabajador. Sin embargo, hay que preguntarse si estas cautelas son suficientes.

Desde nuestro punto de vista nunca debería ser admisible que un trabajador, por padecer una enfermedad profesional, pudiera ser expulsado de su puesto de trabajo. Dicha enfermedad, en todo caso, evidencia el fracaso en la prevención. Por tanto, lo primero es exigir al empresario que controle eficazmente el riesgo que la originó. En segundo lugar la Ley exige que los trabajadores sean ocupados en puestos de trabajo compatibles con su estado de salud por lo que el objetivo, tras eliminar o controlar el riesgo, es adaptar dicho puesto a las capacidades del trabajador que enfermó.

Hay que partir de la presunción de que siempre es posible adaptar el puesto de trabajo o, cuando menos, encontrar un puesto compatible. Para contravenir esta presunción se debería tener un criterio muy restrictivo y en todo caso exigir las siguientes condiciones:

- Que la imposibilidad de adaptación del puesto de trabajo o de traslado del trabajador a un puesto compatible sea certificada por el Servicio de Prevención ante la Inspección de Trabajo
- Que automáticamente se reconozca al trabajador el derecho a percibir una pensión por incapacidad permanente, total o absoluta.

4.5. El protagonismo del trabajador en el proceso de reconocimiento y declaración de las EP.

En la actualidad, el trabajador es más objeto que sujeto en el proceso de reconocimiento de su enfermedad profesional, el cual se inicia, se instruye y se resuelve a instancias de médicos y gestores de la Seguridad Social con una muy escasa intervención del propio interesado. Esta situación puede plantear dos tipos de problemas.

Por un lado, es posible que el trabajador no desee que su enfermedad sea declarada como profesional, por ejemplo por temor a perder el puesto de trabajo debido a una mala solución del problema tratado en el punto anterior. Esto no tendría por qué plantear ninguna contradicción en el terreno preventivo, puesto que el proceso podría ser considerado como "daño derivado del trabajo". La única situación anómala estaría relacionada con las prestaciones de Seguridad Social puesto que se trataría como enfermedad común una patología susceptible de ser reconocida como profesional. Habría que valorar, pues, si procede proponer alternativas del tipo de "derecho de veto" del trabajador sobre la declaración de su enfermedad como profesional o, como ocurre en Francia, que todo el proceso de reconocimiento y declaración de una enfermedad profesional se ponga en marcha a instancia del trabajador.

Menos controvertido es el otro problema, o sea cómo facilitar la iniciativa del trabajador. En la actualidad, el trabajador que entienda que tiene una enfermedad profesional debe dirigirse a los Servicios Médicos de la Mutua, los cuales pueden acoger o rechazar su petición. Si la rechazan, al trabajador sólo le queda plantear la reclamación previa a la interposición de la demanda judicial y luego acudir al juicio con una prueba pericial médica. Es posible, incluso, que el trabajador ni siquiera llegue a los Servicios Médicos de su Mutua dada la práctica cada vez más extendida de condicionar la admisión a consultas sólo a aquellos trabajadores que llegan remitidos por la empresa. De tal modo que si la empresa considera que el trabajador no padece ninguna enfermedad profesional, no cumplimenta el escrito de remisión a la Mutua y dicho trabajador va a tener serias dificultades para ser admitido a consulta obstaculizándose desde el principio el reconocimiento del origen profesional de su proceso. Proceso en el que, por otra parte, suelen abundar las discrepancias entre las partes, según unos, por la aplicación de criterios demasiado restrictivos o, según otros, por una insuficiente justificación de las demandas

Resolver este problema requeriría una especie de “segunda instancia médica” eficaz e independiente, a la que el trabajador pueda acudir libremente y con confianza de forma previa a la interposición de demanda judicial. Dicha instancia debería ser de carácter público siendo lo idóneo la creación de Unidades de Medicina del Trabajo en los Centros de Atención Especializada de cada Área de Salud (al estilo de lo que se está desarrollando desde hace años en el Área Costa de Ponent del Servei Català de Salut). Dichos especialistas, además de su función de apoyo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo en el sistema sanitario público, podrían jugar un papel de intermediación en las situaciones de discrepancia del trabajador con la Mutua en el reconocimiento de la enfermedad profesional. Esta solución, además de dar cumplimiento a lo previsto en el Capítulo IV del Título Primero de la Ley General de Sanidad, aseguraría al trabajador el acceso libre y gratuito a una opinión médica autorizada y evitaría situaciones de desconcierto y de verdadera indefensión.

4.6. Reconocimiento médico inicial y discriminación laboral

El rechazo a la posible discriminación laboral derivada de actividades de vigilancia de la salud fue abordado explícitamente por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales tanto en su articulado (art. 22.4 ya citado) como en las precauciones contenidas en el art. 37.3.b del Reglamento de los Servicios de Prevención el cual sitúa el momento de la evaluación inicial de la salud de los trabajadores “después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud”. Es decir, si la incorporación al trabajo o la asignación de tareas es anterior al reconocimiento médico, éste sólo puede servir para recomendar una adecuación del puesto a las capacidades del trabajador y en ningún caso como elemento de quiebra del principio de igualdad de oportunidades o de exclusión laboral por motivos de salud.

Sin embargo, legislación anterior a ésta, cual es la Ley General de la Seguridad Social, sigue prescribiendo la obligatoriedad de los reconocimientos médicos previos a la admisión para “todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales”, estableciendo además el deber de no contratar a los trabajadores que sean declarados no aptos en estas pruebas previas o de interrumpir la continuidad del trabajador cuando lo mismo se concluya de los reconocimientos periódicos igualmente obligatorios. Por tanto, a pesar de los intentos de acotar el tema en el Reglamento de Servicios de Prevención, una ley de rango superior sigue haciendo no sólo posible sino obligatoria la realización de reconocimientos previos, con lo que hay una puerta abierta a posibles situaciones de indefensión del trabajador aun no contratado y de discriminación laboral por causa médica.

Para evitar esta eventual perversión de la vigilancia de la salud deberían tenerse en cuenta dos criterios que también están contemplados en nuestra legislación:

- a) la restricción de los reconocimientos médicos a los riesgos presentes en el trabajo tanto los derivados de las condiciones de trabajo como los relacionados con características individuales de la persona;
- b) la justificación documental del criterio anterior mediante la evaluación de los riesgos de la tarea o puesto de trabajo que se pretende cubrir y la elaboración de protocolos de reconocimientos médicos coherentes con los riesgos detectados.

BIBLIOGRAFIA.

1. *Comisión de las Comunidades Europeas. Recomendación de la Comisión 90/335/CEE de 22.5.90. D.O. 160 de 26.6.90.*
2. *Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Accidents du Travail et Maladies Professionnelles. Sources de données. Luxembourg, 1986.*
3. *Hevia Campomanes E, et al. Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales . Madrid: colex, 1990.*
4. *Fernández Ajuria A, Esnaola S, García Gómez M, Asúa J. Los sucesos centinela ocupacionales. Un método para la mejora de la vigilancia epidemiológica laboral en la CAPV. Vitoria: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo. Abril, 1990.*
5. *I.N.S.H.T. Brucelosis: Estudio descriptivo sobre factores de riesgo laboral y condiciones de trabajo. Madrid: INSHT, 1991.*
6. *Boix P, compilador. Conocer para prevenir. Valencia: L'Eixam.FEIS, 1992.*
7. *García Gómez M. Kogevinas M. Cáncer y Trabajo. Cuadernos de Relaciones Laborales (Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid)1995;6:141-162.*
8. *García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de enfermedades profesionales. Gac. Sanit. 1993; 7: 46-50.*
9. *Millar J.D. Surveillance in occupational health and safety. Am J Public Health, 1989; 79:5. Supplement. Preface.*
10. *Rosenstock L. Occupational Medicine: too long neglected. Ann Intern Med, 1981; 95:774-776.*
11. *Boletín Oficial del Estado. Decreto 1995/78, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm. 203, 25/8/1978.*

ANEXO III

Datos estadísticos sobre las enfermedades profesionales

ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

1. Datos de siniestralidad

La información sobre enfermedades profesionales que elabora la Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, se publica en el Boletín de Estadísticas Laborales, con periodicidad mensual y trimestral, así como en el Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Estos documentos aportan datos sobre número de casos de enfermedades profesionales, diferenciando según hayan causado baja laboral o no y según su gravedad, y clasificados por tipo de enfermedad, por grupo ocupacional del trabajador, por sector, por rama de actividad, por comunidad autónoma y por provincia.

Los últimos datos publicados, referentes al los años 1996 y 1997, muestran que los casos con baja laboral calificados de leves constituyeron respectivamente el 97% y el 98% del total de casos con baja laboral. El número total de casos diagnosticados en 1997 fue de 8.700, lo que supuso un incremento del 20% respecto al año precedente.

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Número de casos				
	1994	1995	1996	1997
Con baja	4.804	5.838	7.069	8.440
-leves	4.616	5.666	6.885	8.275
-graves	185	169	183	164
-mortales	3	3	1	1
Sin baja	180	167	175	260
TOTAL	4.984	6.005	7.244	8.700

Variación respecto al ejercicio anterior (Cifras absolutas)				
	1995	1996	1997	
Con baja	1.034	1.231	1.371	
-leves	1.050	1.219	1.390	
-graves	-16	14	-19	
-mortales	0	-2	0	
Sin baja	-13	8	85	
TOTAL	1.021	1.239	1.456	

Tasa de variación anual (%)				
	1995	1996	1997	
Con baja	21,52	21,09	19,39	
-leves	22,75	21,51	20,19	
-graves	-8,65	8,28	-10,38	
-mortales	0,00	-66,67	0,00	
Sin baja	-7,22	4,79	48,57	
TOTAL	20,49	20,63	20,10	

Fuente: Avance de Estadística de A.T. y E.P. 1997 (MTAS)

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las tasas de siniestralidad por actividades económicas en 1997, para los casos con baja en la actividad laboral se recogen en el cuadro siguiente:

ENFERMEDADES PROFESIONALES
CASOS CON BAJA LABORAL. AÑO 1997

CODIGOS CNAE-93	RAMAS DE ACTIVIDAD	NÚMERO DE CASOS				NºCASOS*10,000 / Nº AFILIAD.			
		Total	Leve	Grave	Mortal	Total	Leve	Grave	Mortal
01-02	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	213	201	12		1,8	1,7	0,1	
05	Pesca y acuicultura	28	23	5		4,4	3,6	0,8	
10	Extracción y aglomeración de carbón	1.334	1.333	1		514,8	514,4	0,4	
11-12	Extracción de petróleo, gas natural, uranio y torio	3	3			21,7	21,7		
13-14	Extracción de minerales no energéticos	21	20	1		7,7	7,4	0,4	
15-16	Industria de alimentos, bebidas y tabaco	906	898	8		30,6	30,3	0,3	
17-18	Industria textil y de la confección	218	216	2		11,1	11,0	0,1	
19	Industria del cuero y del calzado	96	95	1		19,3	19,1	0,2	
20	Industria de la madera y del corcho. Cestería	105	104	1		14,8	14,7	0,1	
21-22	Industria del papel. Artes gráficas y edición	145	142	3		9,5	9,3	0,2	
23	Coquerías. Refinerías. Tratamiento de combustibles nucleares	0							
24	Industria química	150	145	5		9,3	9,0	0,3	
25	Fabricación de productos de caucho y materias plásticas	251	245	6		38,8	37,9	0,9	
26	Fabricación de productos minerales no metálicos	178	173	5		13,9	13,5	0,4	
27	Metalurgia	180	177	3		23,6	23,2	0,4	
28	Fabricación de productos metálicos excepto maquinaria	558	552	6		24,9	24,6	0,3	
29	Construcción de maquinaria y equipo mecánico	267	264	3		16,3	16,1	0,2	
30 y 32	Fabr.de maquinaria de oficina, equipo informático y mat.electrónico	46	46			17,3	17,3		
31	Fabricación de maquinaria y material eléctrico	181	179	2		19,0	18,8	0,2	
33	Fabricación de instrumen. médicos, de precisión, óptica y relojería	35	35			15,3	15,3		
34	Fabricación de automóviles y remolques	724	722	2		57,4	57,2	0,2	
35	Fabricación de otro material de transporte	71	66	5		14,7	13,7	1,0	
36-37	Fabricación de muebles. Otras industrias manufactureras. Reciclaje	139	138	1		12,4	12,3	0,1	
40-41	Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua	18	17	1		2,3	2,2	0,1	
45	Construcción	624	610	14		7,2	7,0	0,2	
50	Venta y reparación de vehículos. Venta de combustible	131	126	5		6,3	6,1	0,2	
51	Comercio al por mayor. Intermediarios del comercio	139	136	3		2,6	2,5	0,1	
52	Comercio al por menor. Reparaciones domésticas	274	268	6		3,2	3,1	0,1	
55	Hostelería	207	204	3		3,8	3,8	0,1	
60	Transporte terrestre y por tubería	54	53	1		1,9	1,9	0,0	
61	Transporte marítimo y fluvial	3	1	2		3,0	1,0	2,0	
62	Transporte aéreo y espacial	7	6	1		2,3	2,0	0,3	
63-64	Activid.anexas a transportes. Agencias de viaje. Comunicaciones	37	37			2,0	2,0		
65-66-67	Instituciones financieras y seguros	12	12			0,3	0,3		
70-71	Inmobiliarias. Alquiler de bienes muebles	6	6			0,8	0,8		
72-73	Actividades informáticas. Investigación y desarrollo	8	7	1		2,2	2,0	0,3	
74	Otras actividades empresariales	298	296	2		4,0	3,9	0,0	
75 y 99	Adm. pública, defensa y Seg. Social. Org. extraterritoriales	136	131	5		1,6	1,5	0,1	
80	Educación	32	32			0,9	0,9		
85	Actividades sanitarias y veterinarias.Asistencia social	473	428	44	1	8,9	8,1	0,8	0,0
90	Actividades de saneamiento público	21	21			2,9	2,9		
91-92	Actividades asociativas, recreativas y culturales	39	37	2		1,1	1,1	0,1	
93	Actividades diversas de servicios personales	69	67	2		5,6	5,5	0,2	
95	Hogares que emplean personal doméstico	3	3			1,1	1,1		
TOTAL		8.440	8.275	164	1	8,1	7,9	0,2	0,0

La tasa de siniestralidad se define como el cociente del número de procesos con baja laboral iniciados en el año por diez mil entre el número de trabajadores asegurados. La tasa de siniestralidad para el conjunto de la economía fue, en el año 1997, de 8,1 casos por 10.000 trabajadores, si bien existen grandes diferencias según ramas de actividad.

Puede observarse que la actividad que presenta una mayor siniestralidad es, con una gran diferencia, la extracción de carbón, seguida por algunas ramas de la industria, entre las que destacan la fabricación de automóviles y remolques, la fabricación de productos de caucho y materias plásticas, la fabricación de productos metálicos, así como la industria de alimentos, bebidas y tabaco, que presentan tasas de siniestralidad que superan el triple de la media.

2. Datos económicos

2.1. Procesos de incapacidad temporal

No se elaboran datos concretos de duración de procesos de incapacidad temporal por enfermedad profesional para el total del sistema. No obstante, como aproximación, se ha obtenido una muestra de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales cuyos datos reflejan los siguientes valores en cuanto a duración e importe de aquellos:

Año	Nro. de casos iniciados	Duración media	Importe medio diario (ptas.)
1995	2.175	48,01	4.598
1996	2.790	45,48	4.764
1997	3.508	38,36	4.752

En relación con las cifras de duración media, es preciso aclarar que los datos corresponden a los casos iniciados durante cada periodo, y su duración de cada caso se mide como el número de días transcurridos desde la fecha de baja hasta la de alta, si esta se ha producido, o hasta la fecha en que se toman los datos, si continúa la situación de

incapacidad temporal. Consecuentemente, la duración media de los procesos iniciados cada año tenderá a subestimarse a medida que nos aproximamos al momento actual, ya que cuanto más reciente sea la fecha de inicio de la incapacidad temporal, más probable es que esta situación continúe. Por este motivo, sería erróneo interpretar las cifras presentadas como evidencia de una reducción en la duración de los casos de incapacidad temporal.

2.2. Pensiones

La tabla que se presenta a continuación recoge la evolución reciente de las altas iniciales en pensiones y de las pensiones en vigor derivadas de enfermedades profesionales.

ENFERMEDADES PROFESIONALES:

ALTAS INICIALES EN PENSIONES

NUMERO DE ALTAS INICIALES					
año	Invalidez	Viudedad	Orfandad	F.Familiares	Total
1995	1.351	729	66	50	2.196
1996	1.162	765	80	24	2.031
1997	1.118	720	85	35	1.958
1998	1.064	708	97	36	1.905
1999 (enero a abril)	393	343	20	14	770

PENSION MEDIA DE LAS ALTAS INICIALES (pts.)					
año	Invalidez	Viudedad	Orfandad	F.Familiares	Total
1995	154.571	71.091	46.530	53.860	121.318
1996	162.478	75.817	46.938	60.667	124.082
1997	155.352	81.403	49.871	37.057	121.466
1998	156.918	85.392	47.347	64.874	123.016
1999 (enero a abril)	155.707	87.001	47.591	49.014	120.354

En las páginas siguientes se muestra la evolución del número y del importe medio de las tensiones en vigor derivadas de enfermedades profesionales, clasificadas por tipos de pensión.

Como se deduce de los datos de reconocimiento anual de nuevas pensiones de invalidez derivadas de enfermedad profesional, estas ascienden a más de mil casos anuales. Por otra parte, los casos registrados anualmente en las estadísticas de declaración de enfermedad son, en su mayoría, calificados como leves. Posteriormente no se lleva a cabo un seguimiento de duración de procesos como el que se realiza para los casos de accidente de trabajo, ni tampoco un seguimiento que permita analizar su evolución según gravedad.

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

**ENFERMEDADES PROFESIONALES
EVOLUCION DEL NUMERO DE PENSIONES POR CLASES**

AÑOS	INCAPACIDAD	JUBILACION	VIUEDAD	ORFANDAD	FAV.FAMIL.	OTRAS	TOTAL
1976	28.633		9.977	4.834	161		43.605
1977	27.801		10.279	4.683	163		42.926
1978	27.215		11.731	3.720	168		42.834
1979	26.668		13.237	2.578	173	11	42.667
1980	25.696		13.629	2.478	174	16	41.993
1981	25.279		14.347	2.199	194		42.019
1982	24.817		14.628	2.083	205		41.733
1983	24.666		14.956	1.999	207		41.828
1984	24.325		15.244	1.879	220		41.668
1985	23.702		15.463	1.719	227		41.111
1986	23.255		15.748	1.612	241		40.856
1987	22.935		15.992	1.489	233		40.649
1988	22.994		16.290	1.443	246		40.973
1989	23.062		16.532	1.387	251		41.232
1990	23.831		16.786	1.353	247		42.217
1991	24.203		16.993	1.301	231		42.728
1992	24.622		17.127	1.245	223		43.217
1993	25.577		17.313	1.216	230		44.336
1994	25.784		17.327	1.196	226		44.533
1995	25.817		17.441	1.172	242		44.672
1996	25.718		17.567	1.267	227		44.779
1997 (1)	13.600	12.040	17.582	1.260	243		44.725
1998	13.309	12.197	17.579	1.306	239		44.630
1999 (2)	13.283	12.019	17.589	1.301	237		44.429

Incremento Interanual en %

AÑOS	INCAPACIDAD	JUBILACION	VIUEDAD	ORFANDAD	FAV.FAMIL.	OTRAS	TOTAL
1977/76	-2,91		3,03	-3,12	1,24		-1,56
1978/77	-2,11		14,13	-20,56	3,07		-0,21
1979/78	-2,01		12,84	-30,70	2,98		-0,39
1980/79	-3,64		2,96	-3,88	0,58		-1,58
1981/80	-1,62		5,27	-11,26	11,49		0,06
1982/81	-1,83		1,96	-5,28	5,67		-0,68
1983/82	-0,61		2,24	-4,03	0,98		0,23
1984/83	-1,38		1,93	-6,00	6,28		-0,38
1985/84	-2,56		1,44	-8,52	3,18		-1,34
1986/85	-1,89		1,84	-6,22	6,17		-0,62
1987/86	-1,38		1,55	-7,63	-3,32		-0,51
1988/87	0,26		1,86	-3,09	5,58		0,80
1989/88	0,30		1,49	-3,88	2,03		0,63
1990/89	3,33		1,54	-2,45	-1,59		2,39
1991/90	1,56		1,23	-3,84	-6,48		1,21
1992/91	1,73		0,79	-4,30	-3,46		1,14
1993/92	3,88		1,09	-2,33	3,14		2,59
1994/93	0,81		0,08	-1,64	-1,74		0,44
1995/94	0,13		0,66	-2,01	7,08		0,31
1996/95	-0,38		0,72	8,11	-6,20		0,24
1997/96	-47,12		0,09	-0,55	7,05		-0,12
1998/97	-2,14	1,30	-0,02	3,65	-1,65		-0,21
1999/98	-0,20	-1,46	0,06	-0,38	-0,84		-0,45

(1) Se ha procedido a la aplicación del art. 7 del Real Decreto 1647/1997 de 31 de octubre, por el que las pensiones de incapacidad permanente, cuando los beneficiarios cumplan la edad de 65 años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación.

(2) Hasta 1º de:..... mayo

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ENFERMEDADES PROFESIONALES
EVOLUCION DE PENSION MEDIA POR CLASES

AÑOS	INCAPACIDAD	JUBILACION	VIUDEDAD	ORFANDAD	FAV.FAMIL.	OTRAS	TOTAL
1976	10.308		6.396	4.543	7.821		8.765
1977	11.805		7.743	5.815	9.408		10.170
1978	15.115		8.721	7.519	10.735		12.687
1979	18.536		10.361	9.128	13.122	11.440	15.408
1980	21.873		12.079	10.065	15.124	20.709	17.969
1981	25.871		13.849	11.578	18.891		21.987
1982	29.890		15.572	12.958	21.208		23.984
1983	34.922		17.927	14.816	25.012		27.835
1984	39.873		19.701	16.197	28.554		31.366
1985	44.748		21.573	17.600	30.739		34.819
1986	51.329		23.765	19.233	32.825		39.329
1987	57.344		25.688	20.652	35.930		43.423
1988	63.938		28.205	22.542	36.907		48.111
1989	71.389		32.253	24.599	39.221		53.928
1990	82.158		36.383	27.826	43.074		61.987
1991	92.057		40.421	29.797	46.205		69.378
1992	103.141		44.649	31.579	51.366		77.632
1993	114.017		47.840	33.402	54.071		85.653
1994	121.733		50.369	34.998	56.414		91.306
1995	130.311		53.610	37.161	61.055		97.546
1996	138.880		57.112	36.185	67.900		103.536
1997 (1)	136.443	154.047	59.781	38.530	67.411		107.912
1998	139.771	160.148	62.382	40.422	71.840		111.587
1999 (2)	142.673	164.157	64.116	41.601	73.833		114.058

Incremento Interanual en %

AÑOS	INCAPACIDAD	JUBILACION	VIUDEDAD	ORFANDAD	FAV.FAMIL.	OTRAS	TOTAL
1977/76	14,52		21,06	28,00	20,29		16,03
1978/77	28,04		12,63	29,30	14,11		24,75
1979/78	22,63		18,81	21,40	22,24		21,45
1980/79	18,00		16,58	10,27	15,26	81,02	16,62
1981/80	18,28		14,65	15,03	24,91		22,36
1982/81	15,53		12,44	11,92	12,27		9,08
1983/82	16,84		15,12	14,34	17,94		16,06
1984/83	14,18		9,90	9,32	14,16		12,69
1985/84	12,23		9,50	8,66	7,65		11,01
1986/85	14,71		10,16	9,28	6,79		12,95
1987/86	11,72		8,09	7,38	9,46		10,41
1988/87	11,50		9,80	9,15	2,72		10,80
1989/88	11,65		14,35	9,13	6,27		12,09
1990/89	15,08		12,81	13,12	9,82		14,94
1991/90	12,05		11,10	7,08	7,27		11,92
1992/91	12,04		10,46	5,98	11,17		11,90
1993/92	10,54		7,15	5,77	5,27		10,33
1994/93	6,77		5,29	4,78	4,33		6,60
1995/94	7,05		6,43	6,18	8,23		6,83
1996/95	6,58		6,53	-2,63	11,21		6,14
1997/96	-1,75		4,67	6,48	-0,72		4,23
1998/97	2,44	3,96	4,35	4,91	6,57		3,41
1999/98	2,08	2,50	2,78	2,92	2,77		2,21

(1) Se ha procedido a la aplicación del art. 7 del Real Decreto 1647/1997 de 31 de octubre, por el que las pensiones de incapacidad permanente, cuando los beneficiarios cumplan la edad de 65 años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación.

(2) Hasta 1º de:..... mayo

3. Conclusiones acerca de la toma de datos estadísticos de Enfermedades Profesionales

En la práctica, la información estadística sobre enfermedades profesionales tiene como única fuente el “Parte de Enfermedad Profesional” en vigor desde 1973, ya que el “Boletín Estadístico” establecido en 1968 ha dejado de ser presentado por las empresas, probablemente al entenderlo derogado a todos los efectos por la Orden de 16 de diciembre de 1987 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Consecuentemente, el sistema puede, al menos en teoría, continuar registrando mediante el “Parte” los casos de enfermedades profesionales diagnosticados, pero le resulta imposible seguir el desarrollo y las consecuencias de los procesos de incapacidad temporal a los que dan lugar aquellas. En efecto, sin el “Boletín Estadístico” no se conoce la duración de las bajas ni su desenlace (alta médica sin incapacidad, alta médica con incapacidad permanente, fallecimiento,...).

Respecto al modelo de “Parte de Enfermedad Profesional”, este documento, cuyo contenido no se ha renovado desde su establecimiento en el año 1973, debería actualizarse con el fin de adaptarlo tanto a las reformas habidas desde entonces en la gestión de las prestaciones de la Seguridad Social por enfermedad profesional, en particular en la gestión de la incapacidad temporal, que en dicho parte aún se designa como incapacidad laboral transitoria, como a los cambios en las instituciones competentes en materia laboral y de Seguridad Social.

Dicho parte, en su configuración actual, requiere además del empresario la consignación de datos relativos al diagnóstico, causas, síntomas y grado de la enfermedad, que sólo pueden ser determinados por el médico, y que no figuran en los actuales partes médicos de baja por incapacidad temporal por contingencias profesionales.

ANEXO V

Lista de Enfermedades Profesionales de la OIT

LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES PROPUESTA POR LA OIT

1. Enfermedades causadas por agentes

1.1 Enfermedades causadas por agentes químicos:

- 1.1.1 Enfermedades causadas por el berilio o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.2 Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.3 Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.4 Enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.5 Enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.6 Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.7 Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.8 Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.9 Enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.10 Enfermedades causadas por el disulfuro de carbono.
- 1.1.11 Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos.
- 1.1.12 Enfermedades causadas por el benceno o sus homólogos tóxicos.
- 1.1.13 Enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.
- 1.1.14 Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.
- 1.1.15 Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas.
- 1.1.16 Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes: monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, sulfuro de hidrógeno.
- 1.1.17 Enfermedades causadas por el acetonitrilo.

- 1.1.18 Enfermedades causadas por los óxidos de nitrógeno
- 1.1.19 Enfermedades causadas por vanadio o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.20 Enfermedades causadas por el antimonio o sus compuestos tóxicos.
- 1.1.21 Enfermedades causadas por el hexano.
- 1.1.22 Enfermedades dentales debidas a los ácidos minerales.
- 1.1.23 Enfermedades debidas a los agentes farmacéuticos.
- 1.1.24 Enfermedades debidas al talio o sus compuestos
- 1.1.25 Enfermedades debidas al osmio o sus compuestos
- 1.1.26 Enfermedades debidas al selenio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.27 Enfermedades debidas al cobre o sus compuestos
- 1.1.28 Enfermedades debidas al estaño o sus compuestos
- 1.1.29 Enfermedades debidas al zinc o sus compuestos tóxicos
- 1.1.30 Enfermedades debidas al ozono o al fosgeno.
- 1.1.31 Enfermedades debidas a sustancias irritantes: benzoquinona y otras sustancias irritantes de la córnea.
- 1.1.32 Enfermedades causadas por cualquier otra sustancia química no mencionada en los anteriores apartados 1.1.1 a 1.1.31, siempre que se establezca una relación entre la exposición del trabajador a la sustancia en cuestión y la enfermedad sufrida.

1.2 Enfermedades causadas por agentes físicos:

- 1.2.1 Afección auditiva producida por el ruido.
- 1.2.2 Enfermedades causadas por las vibraciones (afecciones de los músculos, de los tendones, de los huesos, de las articulaciones, de los vasos sanguíneos o de los nervios periféricos)

- 1.2.3 Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido.
- 1.2.4 Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes.
- 1.2.5 Enfermedades causadas por las radiaciones térmicas.
- 1.2.6 Enfermedades causadas por las radiaciones ultravioletas.
- 1.2.7 Enfermedades debidas a temperaturas extremas (por ejemplo, insolación, congelación)
- 1.2.8 Enfermedades causadas por cualquier otro agente físico no mencionado en los anteriores apartados 1.2.1 a 1.2.7, siempre que se establezca una relación entre la exposición del trabajador al agente físico en cuestión y la enfermedad sufrida.

1.3 Agentes biológicos:

- 1.3.1 Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una actividad que implique un riesgo especial de contaminación.

2. Enfermedades por sistemas orgánicos afectados

2.1 Enfermedades profesionales de las vías respiratorias

- 2.1.1 Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicotuberculosis, siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.
- 2.1.2 Bronconeumopatías causadas por el polvo de metales duros.
- 2.1.3. Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón, de lino, de cáñamo o de sisal (bisinosis)
- 2.1.4 Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo.
- 2.1.5 Alveolitis alérgicas extrínsecas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional.
- 2.1.6 Siderosis
- 2.1.7 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- 2.1.8 Enfermedades pulmonares debidas al aluminio

- 2.1.9 Trastornos de las vías respiratorias superiores causados por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo.
- 2.1.10 Cualquier otra enfermedad de las vías respiratorias no mencionada en los anteriores apartados 2.1.1 a 2.1.9 causada por un agente, siempre que se establezca una relación directa entre la exposición del trabajador a este agente y la enfermedad sufrida.

2.2 Enfermedades profesionales de la piel

- 2.2.1 Enfermedades de la piel no mencionadas anteriormente causadas por agentes físicos, químicos o biológicos.
- 2.2.2 Vitíligo profesional.

2.3 Enfermedades profesionales osteomusculares

- 2.3.1 Enfermedades musculoesqueléticas causadas por determinadas actividades o medios ambientales de trabajo en que *no hay* factores de riesgo específico.

He aquí algunos ejemplos de estas actividades o medios ambientales de trabajo:

- a) Movimientos rápidos y repetitivos
- b) Esfuerzos ímprobos
- c) Concentración excesiva de esfuerzos mecánicos
- d) Posturas forzadas o no naturales
- e) Vibraciones

El frío localizado o ambiental puede potenciar el riesgo.

- 2.3.2 Nistagmo del minero

3. Cáncer profesional

3.1 Cáncer causado por los agentes siguientes:

- 3.1.1 Amianto
- 3.1.2 Bencidina y sus sales
- 3.1.3 Eter biclorometílico (EDCM)
- 3.1.4 Cromo y compuestos de cromo

- 3.1.5 Alquitranes de hulla y brea de alquitranes de hulla; hollín.
- 3.1.6 Betanaftilamina
- 3.1.7 Cloruro de vinilo
- 3.1.8 Benceno o sus homólogos tóxicos
- 3.1.9 Derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno y sus homólogos
- 3.1.10 Radiaciones ionizantes
- 3.1.11 Alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno y los compuestos, productos o residuos de estas sustancias.
- 3.1.12 Emisiones de los hornos de coque
- 3.1.13 Compuestos del níquel
- 3.1.14 Polvo de madera
- 3.1.15 Cáncer causado por cualesquiera otros agentes no mencionados en los anteriores apartados 3.1.1 a 3.1.14, siempre que se establezca una relación directa entre el agente en cuestión y el cáncer padecido.

ANEXO VI

Lista Europea de Enfermedades Profesionales

LISTA EUROPEA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. Enfermedades provocadas por los agentes químicos siguientes:

100	Acrilonitrilo
101	Arsenico o sus compuestos
102	Berilio (glucinio) o sus compuestos
103.01	Oxido de carbono
103.02	Oxicloruro de carbono
104.01	Acido cianhidrico
104.02	Cianuros y compuestos
104.03	Isocianatos
105	Cadmio o sus compuestos
106	Cromo o sus compuestos
107	Mercurio o sus compuestos
108	Manganeso o sus compuestos
109.01	Acido nitrico
109.02	Oxidos de nitrogeno
109.03	Amoniac
110	Niquel o sus compuestos
111	Fósforo o sus compuestos
112	Plomo o sus compuestos
113.01	Oxidos de azufre
113.02	Acido sulfúrico
113.03	Sulfuro de carbono
114	Vanadio o sus compuestos
115.01	Cloro
115.02	Bromo

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

- 115.04 Yodo
- 115.05 Flúor o sus compuestos
- 116 Hidrocarburos alifáticos o alicíclicos que entran en la composición del éter de petróleo y de la gasolina
- 117 Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos o alicíclicos
- 118 Alcohol butílico, metílico e isopropílico
- 119 Etilenglicol, dietilenglicol.
1-4 butanodiol, así como los derivados nitrados de los glicoles y del glicerol
- 120 Eter metílico, éter etílico, éter isopropílico, éter vinílico, éter dicloroisopropílico, guayacol.
Eter metílico y éter etílico del etilenglicol
- 121 Acetona, cloroacetona, bromoacetona, hexafluoroacetona, metiletilcetona, metil-n-butilcetona, metilisobutilcetona, alcohol diacetona, óxido de mesitilo, 2-metilciclohexanona
- 122 Esteres organofosforicos
- 123 Acidos orgánicos
- 124 Formaldehído
- 125 Nitroderivados alifáticos
- 126.01 Benceno o sus homólogos (los homólogos del benceno se definen por la formula C_nH_{2n-6})
- 126.02 Naftaleno o sus homólogos (los homólogos del naftaleno se definen por a formula C_nH_{2n-12})
- 126.03 Vinilbenceno y divinilbenceno
- 127 Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos
- 128.01 Fenoles u homólogos, o sus derivados halogenados
- 128.02 Naftoles u homólogos, o sus derivados halogenados
- 128.03 Derivados halogenados de los óxidos sometidos a alquilación

- 128.04 Derivados halogenados de los sulfuros sometidos a alquilación
- 128.05 Benzoquinonas
- 129.01 Aminas aromáticas o hidracinas aromáticas o sus derivados halogenados, fenólicos, nitrosados, nitrados o sulfonados
- 129.02 Aminas alifáticas y sus derivados halogenados
- 130.01 Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos
- 130.02 Nitroderivados de los fenoles o de sus homólogos
- 131 Antimonio y derivados

2. Enfermedades de la piel causadas por sustancias o agentes no incluidos en otros epígrafes:

- 201 Afecciones de la piel y cánceres cutáneos debidos:
 - 201.01 Al hollín
 - 201.02 Al alquitrán
 - 201.03 Al asfalto
 - 201.04 A la brea
 - 201.05 Al antraceno o sus compuestos
 - 201.06 A los aceites y grasas minerales
 - 201.07 A la parafina bruta
 - 201.08 Al carbazol o sus compuestos
 - 201.09 A los subproductos de la destilación de la hulla
- 202 Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias alergizantes o irritantes científicamente reconocidas y no consideradas en otros epígrafes.

3. Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes:

- 301 Enfermedades del aparato respiratorio y cánceres
 - 301.11 Silicosis

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

- 301.12 Silicosis asociada con tuberculosis pulmonar
- 301.21 Asbestosis
- 301.22 Mesotelioma provocado por la inhalación de polvo de amianto
- 301.31 Neumoconiosis debidas al polvo de silicatos
- 302 Asbestosis complicada por un cáncer broncopulmonar
- 303 Afecciones broncopulmonares debidas al polvo de los metales sintetizados
- 304.01 Alveolitis alérgicas extrínsecas
- 304.02 Afección pulmonar provocada por la inhalación de polvo de algodón, lino, cáñamo, yute, sisal y bagazo
- 304.03 Trastornos respiratorios de carácter alérgico provocados por la inhalación de sustancias alergizantes reconocidas como tales e inherentes al tipo de trabajo
- 304.04 Trastornos respiratorios provocados por la inhalación de polvo de cobalto, estaño, bario y grafito
- 304.05 Siderosis
- 305.01 Afecciones cancerosas de las vías respiratorias superiores provocadas por el polvo de madera

4. Enfermedades infecciosas o parasitarias:

- 401 Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o sus residuos
- 402 Tétanos
- 403 Brucelosis
- 404 Hepatitis viral
- 405 Tuberculosis
- 406 Amebiasis

5. Enfermedades provocadas por los agentes físicos siguientes:

- 502.01 Catarata provocada por la radiación térmica

- 502.02 Afecciones conjuntivales a consecuencia de exposiciones a los rayos ultravioleta
- 503 Hipoacusia sordera provocada por el ruido lacerante
- 504 Enfermedad provocada por compresión o descompresión atmosféricas
- 505.01 Enfermedades osteoarticulares de manos y muñecas producidas por las vibraciones mecánicas
- 505.02 Enfermedades angio-neuróticas producidas por las vibraciones mecánicas
- 506.10 Enfermedades de las cavidades periarticulares debidas a la presión
- 506.21 Enfermedades por exceso de esfuerzo de las vainas tendinosas
- 506.22 Enfermedades por sobreesfuerzo del tejido peritendinoso
- 506.23 Enfermedades por sobreesfuerzo de las inserciones musculares y tendinosas
- 506.30 Lesiones de menisco a consecuencia de trabajos prolongados efectuados de rodillas o en cucilllas
- 506.40 Parálisis por compresión de un nervio
- 507 Nistagmo de los mineros
- 508 Enfermedades provocadas por las radiaciones ionizantes

LISTA COMPLEMENTARIA DE ENFERMEDADES CUYO ORIGEN PROFESIONAL SE SOSPECHA QUE DEBERIAN DECLARARSE Y CUYA INCLUSION EN EL ANEXO I DE LA LISTA EUROPEA PODRIA CONTEMPLARSE EN EL FUTURO

2.1 Enfermedades provocadas por los agentes químicos siguientes:

- 2.101 Ozono
- 2.102 Hidrocarburos alifáticos distintos a los considerados en el epígrafe 1.116 del Anexo I
- 2.103 Bifenilo
- 2.104 Decalina
- 2.105 Ácidos aromáticos - anhídridos aromáticos, o sus derivados halogenados
- 2.106 Óxido de bifenilo
- 2.107 Tetrahidrofurano

GRUPO DE TRABAJO: ENFERMEDADES PROFESIONALES

- 2.108 Tiofeno
- 2.109 Acetonitrilo y Metacrilonitrilo
- 2.110 Hidrogeno sulfurado
- 2.111 Tioalcoholes
- 2.112 Mercaptanos y tioéteres
- 2.113 Talio o sus compuestos
- 2.114 Alcoholes o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.118 del Anexo I
- 2.115 Glicoles o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.119 del Anexo I
- 2.116 Eteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.120 del Anexo I
- 2.117 Cetonas o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.121 del Anexo I
- 2.118 Esteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.122 del Anexo I
- 2.119 Furfural
- 2.120 Tiofenoles, sus homólogos o sus derivados halogenados
- 2.121 Plata
- 2.122 Selenio
- 2.123 Cobre
- 2.124 Zinc
- 2.125 Magnesio
- 2.126 Platino
- 2.127 Tantalio
- 2.128 Titanio
- 2.129 Terpenos
- 2.130 Boranos
- 2.140 Enfermedades provocadas por la inhalación de polvo de nácar

- 2.141 Enfermedades provocadas por sustancias hormonales
- 2.150 Caries dental debida al trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina

2.2 Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes:

- 2.201 Afecciones cutáneas alérgicas y ortoérgicas no reconocidas en el Anexo I

2.3. Enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias no incluidas en otros epígrafes

- 2.301 Fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en la lista europea
- 2.302 Afecciones broncopulmonares producidas por polvos o humos de aluminio o de sus compuestos
- 2.303 Afecciones y cánceres broncopulmonares consecutivos al contacto con:
 - el hollín,
 - el alquitrán,
 - el asfalto,
 - la brea,
 - el antraceno o sus compuestos,
 - los aceites y grasas minerales
- 2.304 Afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales artificiales
- 2.305 Afecciones broncopulmonares debidas a fibras sintéticas
- 2.306 Afecciones broncopulmonares causadas por el polvo de escorias Thomas

2.4 Enfermedades infecciosas y parasitarias no descritas en el Anexo I

- 2.401 Enfermedades parasitarias
- 2.402 Enfermedades tropicales
- 2.403 Enfermedades infecciosas, no incluidas en el Anexo I, de las personas que trabajan en los ámbitos de la prevención, curas médicas, asistencia domiciliaria, laboratorio y en otras actividades con riesgo de infección

2.5. Arrancamiento por sobreesfuerzo de las apófisis espinosas

A N E X O VII

Lista Española de Enfermedades Profesionales

A N E X O V I I I

Prestaciones de la Seguridad Social por Enfermedad Profesional

PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las prestaciones de la Seguridad Social son de tipo sanitario, económico y preventivo.

Respecto a las condiciones para el derecho a las prestaciones, aunque en general se requiere que el trabajador se encuentre en situación de alta o asimilada en el momento del hecho causante, el artículo 125 de la Ley General de la Seguridad Social establece que los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Régimen General y asimilados se considerarán de pleno derecho en situación de alta a efectos de enfermedad profesional, aunque su empresario hubiere incumplido sus obligaciones, sin perjuicio de la responsabilidad exigible a este en orden a las prestaciones que correspondan.

En las contingencias profesionales no se requiere periodo previo de cotización a efectos del derecho a prestaciones.

1. Prestaciones de asistencia sanitaria

Tienen derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad profesional todos los trabajadores por cuenta ajena o asimilados comprendidos en el Régimen General y asimilados.

Los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Régimen General y asimilados se considerarán, de pleno derecho, en situación de alta a efectos de asistencia sanitaria por dicha causa aunque los empresarios hubieran incumplido sus obligaciones o aunque la relación de empleo se haya celebrado en contra de una prohibición legal. En estos casos, el empresario vendrá obligado a reintegrar el coste de la asistencia a la entidad que la preste, sin perjuicio del abono de las cuotas no satisfechas y de las sanciones a las que hubiere lugar.

La asistencia sanitaria comprenderá:

- a) El tratamiento médico y quirúrgico, las prescripciones farmacéuticas, que serán gratuitas y, en general, todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas precisas.
- b) Los aparatos de prótesis y ortopedia y los vehículos para inválidos.
- c) La cirugía plástica y reparadora adecuada en caso de deformaciones o mutilaciones importantes.
- d) El tratamiento de rehabilitación necesario para la curación y la recuperación de la capacidad para el trabajo.

La asistencia sanitaria será prestada desde el momento en que se diagnostique la enfermedad profesional y durante el tiempo que el estado patológico lo requiera.

2. Prestaciones económicas

2.1. Subsidio de Incapacidad Temporal

La incapacidad temporal se define como la situación en la que se encuentran los trabajadores incapacitados temporalmente para la actividad debido a enfermedad profesional, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social, incluyendo los periodos de observación por enfermedad profesional durante los cuales se prescriba la baja en el trabajo.

La cuantía de la prestación, en el caso de contingencias profesionales, es del 75% de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja en la actividad. La base reguladora es el cociente de la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior a la fecha de baja, tomando el promedio de cotización por horas extra de los 12 meses precedentes, entre el número de días a los que corresponde dicha base.

El reconocimiento del subsidio corresponde a la entidad por la que el empresario ha optado para cubrir esta contingencia, es decir al INSS, al ISM, a la Mutua de A.T. y E.P., o a la propia empresa cuando esta esté autorizada a colaborar en la gestión de la prestación.

El pago corresponde a la entidad que lo haya reconocido, si bien su abono se efectúa, salvo en determinados supuestos, por la empresa en pago delegado.

En general, el subsidio tendrá una duración máxima de 12 meses, prorrogables durante otros 6 cuando se presuma la posibilidad de alta médica por curación. En caso de periodo de observación de enfermedad profesional, el subsidio tendrá una duración máxima de 6 meses, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el diagnóstico y estudio de la enfermedad. Cuando la situación de incapacidad temporal se extingue por el transcurso del plazo máximo se produce, bien el alta médica por curación o bien el alta médica por agotamiento de la Incapacidad Temporal, justificando la posible existencia de Incapacidad Permanente o la necesidad de continuar el tratamiento médico.

Los efectos de la Incapacidad Temporal se prorrogarán, tras su agotamiento, durante 3 meses como máximo para determinar el grado de Incapacidad Permanente, y hasta un máximo de 30 meses contados desde el inicio de la Incapacidad Temporal si continúa la necesidad de tratamiento médico y fuese necesario demorar la calificación de Incapacidad Permanente.

El derecho a la prestación de Incapacidad Temporal se extingue por fallecimiento, por transcurso del plazo máximo, por alta sin declaración de Incapacidad Permanente o por reconocimiento de pensión de jubilación.

Suponen la pérdida del derecho a la prestación por Incapacidad Temporal la actuación fraudulenta por parte del beneficiario para su obtención o conservación, el trabajo por cuenta propia o ajena y el rechazo injustificado del tratamiento indicado.

2.2. Incapacidad permanente

Es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No será necesaria el alta médica para la valoración de la incapacidad permanente en los casos en que concurren secuelas definitivas.

Según lo establecido en los artículos 138 y 161 de la Ley General de la Seguridad Social, no se reconocerá el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente, cualquiera que sea la contingencia que las origine, cuando el beneficiario, en la fecha del hecho causante, tenga la edad de 65 años y reúna todos los requisitos para acceder a pensión de jubilación en el sistema de la Seguridad Social.

La incapacidad permanente tiene distintos grados, que son:

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual

Se define como situación de incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal para su profesión, sin impedir la realización de las tareas fundamentales de esta.

La prestación consiste en el pago del importe de 24 mensualidades de la base reguladora para el cálculo del subsidio de incapacidad temporal.

Esta prestación es compatible con cualquier actividad laboral.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual

Se define como la incapacidad que inhabilita al trabajador para todas las tareas o para las tareas fundamentales de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La prestación consiste en una pensión por importe del 55% de la base reguladora. Si el beneficiario tiene 55 o más años y no realiza trabajo alguno, la prestación se eleva al 75% de la base reguladora. Los beneficiarios menores de 60 años pueden optar entre la pensión vitalicia y una indemnización a tanto alzado, cuyo importe oscila entre 84 mensualidades, para beneficiarios menores de 54 años al formular la petición, hasta 12 mensualidades para beneficiarios con 59 años.

La prestación es incompatible con el desempeño del mismo puesto de trabajo en la empresa y con cualquier trabajo por cuenta ajena cuando el importe de la prestación se haya elevado al 75% de la base reguladora. El beneficiario debe comunicar a la entidad gestora la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia.

La base reguladora de la prestación, en el caso de contingencias profesionales, es el resultado de dividir entre 12 la suma de los conceptos siguientes:

- El salario diario multiplicado por 365
- La antigüedad diaria multiplicada por 365
- La suma anual de las pagas extra
- Los beneficios o participaciones en los ingresos computables de los 12 meses anteriores.
- La suma de los pluses y las retribuciones complementarias, incluidas las horas extraordinarias, percibidos en los 12 meses anteriores, dividida entre el número de días efectivamente trabajados y multiplicada por 273 salvo que el número de días laborables efectivos en la actividad de que se trate sea menor, en cuyo caso se aplicará el multiplicador que corresponda.

Incapacidad permanente absoluta

Es aquella incapacidad que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. La prestación consiste en una pensión por importe del 100% de la base reguladora, calculada del mismo modo que en el caso de incapacidad permanente total.

La prestación no impide el ejercicio de actividades, lucrativas o no, que sean compatibles con el estado del beneficiario y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión. Si el beneficiario realiza trabajos susceptibles de alta en Seguridad Social, existe la obligación de alta y cotización, debiendo este comunicar el inicio del trabajo al INSS.

Gran invalidez

Se define como la situación de un trabajador afectado de incapacidad permanente que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, requiere de otra persona para llevar a cabo los actos esenciales de la vida.

La prestación consiste en una pensión del 100% de la base reguladora, incrementado en un 50% adicional destinado a la persona que cuida del inválido. Dicho incremento puede sustituirse por internamiento en institución asistencial pública de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos.

La base reguladora se calcula del mismo modo que en el caso de incapacidad permanente absoluta.

Las condiciones de compatibilidad de esta prestación con la actividad del beneficiario son las mismas que en el caso de incapacidad permanente absoluta.

2.3. Protección por muerte y supervivencia

Estas prestaciones se conceden con motivo del fallecimiento del trabajador. El hecho causante es la defunción del trabajador como consecuencia de enfermedad profesional, o el fallecimiento del pensionista de jubilación, del pensionista de incapacidad permanente, del perceptor del subsidio de incapacidad temporal por prórroga de sus efectos por agotamiento del plazo máximo de la misma, o del perceptor del subsidio de recuperación, cuando estas prestaciones se deriven de enfermedad profesional.

Para que se considere prestación derivada de enfermedad profesional será necesario probar que el fallecimiento fue debido a esta causa. A estos efectos, se admitirá la prueba cualquiera que sea el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento del trabajador. Se consideran de hecho fallecidos por enfermedad profesional quienes tengan reconocida por tales contingencias una incapacidad permanente absoluta o la condición de gran inválido.

Auxilio por defunción

Consiste en el pago de una indemnización cuyos beneficiarios son las personas que hayan sufragado los gastos de sepelio del causante. No se exige periodo previo de cotización. Su cuantía asciende a 5.000 pesetas cuando el beneficiario sea el cónyuge sobreviviente, hijo o familiar del fallecido que conviviera con el habitualmente. En otro caso, se abona el importe de los gastos ocasionados por el sepelio con el límite, en todo caso, de la cantidad indicada.

Pensión de viudedad

Es beneficiario el cónyuge superviviente, los separados, divorciados y aquellos cuyo matrimonio hubiese sido declarado nulo por sentencia judicial, sin que se les haya considerado contrayentes de mala fe.

Su importe asciende al 45% de la base reguladora. Si el beneficiario contrae matrimonio antes de cumplir 60 años percibe de una vez 24 mensualidades de la pensión que se extingue, con las pagas extras que correspondan.

Es compatible con cualquier renta del trabajo del beneficiario y con la pensión de jubilación o de invalidez a la que tuviera derecho.

En caso de contingencias profesionales, la base reguladora se determina aplicando los salarios devengados en el momento de la declaración de la enfermedad profesional, incluyendo las horas extra en cómputo anual. Si el causante es pensionista en el momento del hecho causante, se toma como base reguladora la utilizada para determinar su pensión, incrementándose la prestación con las mejoras aplicables desde entonces.

Esta prestación se extingue por nuevas nupcias, fallecimiento, o sentencia firme de culpabilidad de muerte del causante.

Pensión de orfandad

Son beneficiarios los hijos del causante menores de 18 años o mayores incapacitados, los hijos adoptados al menos dos años antes del fallecimiento, los hijos del cónyuge sobreviviente si el matrimonio es al menos dos años anterior al hecho causante, viviesen a expensas del causante y no tuviesen derecho a otra pensión de la Seguridad Social ni existan familiares con obligación legal y posibilidad de prestarles alimentos. A partir del 1 de enero de 1999 también podrán ser beneficiarios los hijos menores de 21 años, si no trabajan o si sus percepciones por trabajo son inferiores al 75% del S.M.I., y los menores de 23 en caso de que hayan fallecido los dos progenitores (Transitoriamente, durante 1998 estas edades se fijan en 20 y 21 años respectivamente).

La pensión asciende al 20% de la base reguladora para cada huérfano, mas el 45% que correspondería a la pensión de viudedad en caso de que no exista cónyuge sobreviviente. Cuando existan varios beneficiarios, la suma de las prestaciones no podrá superar el 100% de la base reguladora. Cuando concurren pensiones del padre y de la madre en un mismo beneficiario, el incremento previsto por orfandad absoluta sólo se aplicará a una de las pensiones.

La base reguladora se determina del mismo modo que en la pensión de viudedad.

La pensión de orfandad se extingue por cumplimiento de la edad límite, salvo en caso de incapacidad permanente absoluta para el trabajo, por cese en la incapacidad que motivó la pensión, por matrimonio o por fallecimiento.

Pensión en favor de familiares

Son beneficiarios los familiares por consanguinidad que sean nietos, hermanos, padres o abuelos del causante y reúnan los requisitos exigidos en cada caso. También lo son los hijos o hermanos de pensionistas de incapacidad permanente o de jubilación, mayores de 45 años al fallecimiento de estos, solteros, viudos, separados judicialmente o divorciados que hubiesen convivido con el pensionista y acrediten dedicación prolongada al cuidado del mismo y carezcan de medios propios de vida.

La pensión asciende al 20% de la base reguladora, y podrá incrementarse con el 45% que correspondería a la pensión de viudedad en el caso de que no exista cónyuge sobreviviente.

La base reguladora se determina del mismo modo que en la pensión de viudedad.

Las causas de extinción del derecho a la prestación son, para los nietos o hermanos del causante, las mismas que en el caso de orfandad. Para los ascendientes, hijos y hermanos mayores de 45, son causas de extinción el matrimonio y el fallecimiento.

Subsidio en favor de familiares

Son beneficiarios de esta prestación los hijos o hermanos del causante, mayores de 21 años, solteros, viudos, separado judicialmente o divorciados que convivieran con el, sin derecho a otra pensión y sin medios de subsistencia ni familiares obligados legalmente a prestarles alimentos.

La prestación consiste en 12 mensualidades y 2 pagas extra por importe del 20% de la base reguladora determinada como en el caso de la pensión de viudedad.

Indemnizaciones especiales en casos de muerte por enfermedad profesional

Consisten en indemnizaciones a tanto alzado cuyo importe depende del tipo de beneficiario. El viudo o la viuda, percibirán 6 mensualidades de la base reguladora de la pensión de viudedad o de la pensión de incapacidad permanente del causante. Los huérfanos percibirán una mensualidad de la base reguladora y, cuando no exista cónyuge sobreviviente, se repartirá entre ellos la prestación que correspondería al viudo o a la viuda. Los padres del causante que no tengan derecho a la prestación a favor de familiares y vivieran a expensas del fallecido, y no existiendo familiares con derecho a la pensión por muerte y supervivencia, percibirán 9 mensualidades si sobrevive uno de ellos y 12 si sobreviven ambos.

2.4. Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes

Las lesiones permanentes no invalidantes son lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo ocasionadas por enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una causa de invalidez permanente, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador.

Tales lesiones dan lugar a una indemnización económica, por una sola vez, cuya cuantía está determinada en un baremo establecido al efecto.

Para obtener dicha indemnización se requiere haber sido dado de alta médica por curación y que la lesión o mutilación figure en el baremo.

Esta prestación es incompatible con prestaciones económicas por invalidez por los mismos hechos, salvo que sean totalmente independientes de los tomados en consideración para declarar la invalidez precedente.

A N E X O IX

Partes Médicos de Incapacidad Temporal

A N E X O X

Parte de Enfermedad Profesional

A N E X O X I

La colaboración en la gestión de las contingencias laborales en la Seguridad Social

LA COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LAS CONTINGENCIAS LABORALES EN LA SEGURIDAD SOCIAL

1. La colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social

Conforme a lo establecido en el artículo 68 de la Ley General de la Seguridad Social, se consideran Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social “las asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que con tal denominación se constituyan, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias que se establezcan, por empresarios que asuman al efecto una responsabilidad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.”

Dicha colaboración comprende las actividades de gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las de prevención y recuperación, la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y las demás actividades que les sean atribuidas legalmente.

En la colaboración en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las operaciones que lleven a cabo las mutuas se reducirán a repartir entre sus asociados los costes siguientes: A) El coste de las prestaciones de accidente de trabajo sufrido por el personal al servicio de los asociados. B) El coste de las prestaciones por enfermedades profesionales padecidas por dicho personal en la situación de incapacidad y de periodo de observación y, en las demás situaciones, la contribución que se les asigne para hacer frente, en régimen de compensación, a la siniestralidad general derivada de la aludida contingencia. C) El coste de los servicios y actividades preventivas relacionadas con las prestaciones previstas, así como la contribución a los servicios de

prevención, recuperación y demás previstos en la Ley, a favor de las víctimas de aquellas contingencias y de sus beneficiarios. D) Los gastos de administración de la propia entidad.

A las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales les corresponde como ingreso las primas de accidente de trabajo aportadas por los empresarios asociados a ellas.

En lo referente al coste de las prestaciones, tal como se especifica en el punto 'B' del párrafo anterior, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales asumen directamente el coste sanitario y las prestaciones económicas en los periodos de incapacidad temporal. Cuando se produce una invalidez permanente derivada de enfermedad profesional, el reconocimiento de la pensión lo realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social, asumiendo el coste de dicha prestación. La compensación de este coste por parte de la Mutua está comprendida en la aportación que las mismas realizan al sostenimiento de los servicios comunes y sociales de la Seguridad Social. Dicha aportación general consiste en un porcentaje sobre las cuotas recaudadas por invalidez, muerte y supervivencia.

Por tanto, a diferencia de las pensiones derivadas de accidentes de trabajo, en que las mutuas ingresan en la Tesorería General de la Seguridad Social el capital-renta resultante como compensación económica del pago de la pensión asumido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de enfermedades profesionales no existe el cálculo del capital-renta correspondiente.

2. La colaboración de las empresas

El artículo 77 de la Ley General de la Seguridad Social establece que las empresas, individualmente consideradas y en relación con su propio personal, podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación

profesional, incluido el subsidio consiguiente que corresponda durante esa situación. Las empresas que se acojan a esta forma de colaboración tendrán derecho a no ingresar la cuota correspondiente de incapacidad temporal por accidente de trabajo y enfermedad profesional a la Seguridad Social.

A N E X O X I I

**Datos a considerar en el nuevo documento de notificación
de las enfermedades profesionales**

La implantación de un nuevo sistema informativo sobre enfermedades profesionales requiere el establecimiento de modelos de toma de datos cuyo contenido se adapte a las necesidades del sistema, que permitan el procesamiento automatizado de la información y que faciliten el trabajo a cada uno de los responsables de su cumplimentación evitando la consignación reiterada de un mismo dato en documentos distintos. Se requiere también una asignación correcta de responsabilidades a cada uno de los sujetos que deben aportar información. Es preciso igualmente que los nuevos modelos solo incluyan aquellos datos que se consideren imprescindibles por los distintos agentes implicados.

Los datos fundamentales a recoger mediante un nuevo modelo que uniese el parte médico con el parte de comunicación a efectos estadísticos son los siguientes:

Datos del enfermo

- Situación (activo ocupado, perceptor de prestación por desempleo, resto de desempleados, pensionista, otras situaciones)
- Régimen de Seguridad Social (Codificado con dos dígitos según clasificación de Seguridad Social)
- Nº tarjeta sanitaria
- Nº afiliación a la Seguridad Social
- Nº documento nacional de identidad o pasaporte
- Nombre y apellidos
- Domicilio, localidad, provincia y código postal
- Teléfono
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Nacionalidad
- Tipo de contrato (Codificado según clasificación de Seguridad Social)
- Convenio colectivo aplicable
- Nº libro de matrícula
- División y epígrafe de la tarifa de primas de cotización a la Seguridad Social por AT y EP.
- Ocupación (CNO-94, tres dígitos)

Datos de identificación de la empresa

- Nombre de la empresa
- CIF o NIF
- Entidad aseguradora de contingencias profesionales (INSS, ISM, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, empresa colaboradora. Codificación según clasificación de la Seguridad Social)
- Descripción del puesto de trabajo
- Código de Cuenta de Cotización a la Seguridad Social del centro de trabajo
- Número de trabajadores del centro de trabajo
- Actividad económica principal del centro de trabajo (CNAE-93, nivel de clase, 4 dígitos)
- Domicilio, provincia, municipio, código postal y teléfono del centro de trabajo

Datos médicos

- Descripción de la limitación de la capacidad funcional (parte de baja)
- Resultado del reconocimiento médico (parte de alta)
- Agente causante de la enfermedad profesional según cuadro oficial
- Parte del cuerpo dañada
- Diagnóstico (texto y código CIE-9 MC)
- Carácter del diagnóstico (sin baja; con baja siendo leve, grave , muy grave, o con fallecimiento)
- Duración probable de la baja
- Duración estándar
- Tipo de parte (alta/baja/comunicación sin baja)
- Recaída (si/no)
- Fecha del diagnóstico de EP
- Fecha de la baja
- Fecha del alta
- Motivo del parte (EP/Periodo observación EP)
- Causa del alta
- Número de colegiado del médico que emite el parte

Datos sobre exposición a agentes causantes de la enfermedad profesional

GRUPO DE TRABAJO: *ENFERMEDADES PROFESIONALES*

- Descripción de los trabajos causantes de la enfermedad
- Tiempo que ha realizado los trabajos causantes de la enfermedad (en meses) en la empresa actual
- Tiempo que ha realizado los trabajos causantes de la enfermedad (en meses) en la empresa anterior
- Nombre, CIF o NIF, código de cuenta de cotización y plantilla de la empresa anterior donde estuvo expuesto a los agentes causantes.

Datos para el cálculo de la prestación por incapacidad temporal:

- Base de cotización por AT y EP del mes anterior a la fecha de la baja
- Días cotizados
- Base reguladora en promedio diario de la cotización del mes anterior
- Bases de cotización en el año anterior por horas extraordinarias y otros conceptos
- Base reguladora en promedio diario de la cotización del año anterior por horas extraordinarias y otros conceptos.
- Base reguladora en contrato a tiempo parcial
- Base reguladora en trabajadores fijos discontinuos
- Total base reguladora diaria (Suma de conceptos)
- Indemnización (% de la base reguladora)

Datos a cumplimentar para trabajadores del Régimen Especial de la Minería del Carbón:

- Categoría profesional
- Grupo

La relación de datos que se presenta debe de recogerse en la medida de lo posible, en un documento único, respetando en todo caso la confidencialidad de los mismos y el uso específico que se determine.

Cada uno de los agentes intervinientes, Servicios Médicos, Empresa y Entidad gestora de la Seguridad Social, deben cumplimentar la parte que le corresponda y en ningún caso el mismo dato será responsabilidad de dos agentes diferentes.